

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

MÉMOIRES ORIGINAUX

DE LA LONGÉVITÉ INTELLECTUELLE CONSIDÉRATIONS ANATOMO-BIOLOGIQUES

PAR

L. MARCHAND

Le corps humain subit depuis sa naissance jusqu'à la vieillesse des modifications anatomiques, physiologiques, biologiques ; modifications qui sont soumises à une évolution inéluctable si elles ne sont pas troublées par un processus pathologique ou accidentel. Cette évolution au cours des étapes, qui correspondent à la croissance, à la maturité, à la sénescence, varie comme durée pour chaque individu ; c'est pourquoi les sociologues sont arrivés à considérer, à côté de l'âge chronologique, un âge anatomique, un âge physiologique. On peut en effet avoir les organes vieux avant l'étape de la vieillesse.

La gérontologie (1) (de γέρων, γήρας : vieillard) a pour but l'étude des modifications du corps humain dues à la sénescence, c'est-à-dire à une usure, à une involution normale. Ses constatations ne doivent pas être confondues avec les altérations pathologiques de la sénilité, dont l'étude est du domaine de la gériatrie ou gériatrie.

(1) Le nom de Gêronte a été créé pour désigner un personnage de comédie auquel Molière a donné son caractère de vieux, ridicule, avare, crédule et sot.

Voltaire, à 81 ans, trois ans avant sa mort, corrige les épreuves de l'édition « encadrée » de ses œuvres en 40 volumes. Il était âgé de 79 ans quand les encyclopédistes demandèrent au sculpteur Pigalle de faire sa statue. L'artiste eut l'idée originale de représenter le philosophe nu. Les amis de Voltaire s'en émurent. Celui-ci, « maigre, décharné, réduit à l'état de squelette », écrivit alors à son médecin, le docteur Tronchin, une lettre pleine de finesse et de bon sens dans laquelle nous relevons les lignes suivantes : « Pour moi, je ne suis que sensible ; je ne sais qu'admirer l'ouvrage de M. Pigalle. Nu ou vêtu, il ne m'importe. Je n'inspirerai pas d'idées malhonnêtes aux dames de quelque façon que l'on me présente à elles. Il faut laisser M. Pigalle le maître absolu de la statue. »

Buffon a travaillé jusqu'à son extrême vieillesse ; à l'âge de 80 ans, il terminait un livre sur « L'aimant » et, un an avant sa mort, il commençait un « Traité sur l'art d'écrire » qui constitue son testament littéraire.

Le naturaliste Lamarck est mort à l'âge de 85 ans, ayant gardé un esprit fort alerte. A la fin de sa vie, ruiné, devenu aveugle, il dicta à sa fille son dernier ouvrage.

Chateaubriand a travaillé jusqu'à sa mort à l'âge de 80 ans. Quatre ans avant, il publiait la « Vie de Rancé ». Il avait vendu ses « Mémoires d'outre-tombe » qui ne devaient paraître qu'après sa mort.

Litré ne commença le Dictionnaire de la langue française qu'à l'âge de 62 ans pour le terminer à 71 ans. A 72 ans, il publiait un ouvrage, « Médecine et médecins », et, à 73 ans, « La Science au point de vue philosophique ». C'est à cet âge qu'il prononça, dans son discours à l'Académie française, un remarquable panégyrique de la langue française au XII^e siècle. Il mourut à l'âge de 80 ans sans manifester d'affaiblissement intellectuel.

Weir Mitchell, considéré en Amérique comme le père de la neurologie et de la psychiatrie, à 84 ans, un an avant sa mort, écrivit une nouvelle « Westways » empreinte de fraîche jeunesse et, trois semaines avant de mourir, il pratiquait encore la médecine.

Maxime du Camp, nous dit Bénassis, écrivit son « Crépuscule » à 71 ans ; il avait conservé un esprit aussi net que dans sa maturité. Anatole France est mort à 90 ans, Ibsen à 78 ans, Ernest Legouvé à 96 ans, ayant conservé leur vive intelligence. L'historien écossais Carlyle est mort à l'âge de 86 ans ayant travaillé toute sa vie.

Parmi les philosophes célèbres, Hobbes est un exemple instructif ; il eut une vieillesse qui n'interrompit pas son activité. Alors âgé de 70 ans, il produisit plusieurs ouvrages ; à 80 ans, empêché de publier en Angleterre une édition de ses travaux, il la fit paraître en Hollande. Il traduisit l'*Illiade* en vers anglais à 87 ans et l'*Odyssée* à 89 ans. La mort le surprit à 91 ans en plein travail.

Kant, dont l'intelligence s'affaiblit quelque temps avant de mourir à l'âge de 80 ans, avait encore écrit à 73 ans une œuvre : « Principe métaphysique de la Doctrine ou théorie de la Vertu ».

Le philosophe Renouvier, un des fondateurs du criticisme, mourut à 88 ans sans présenter le moindre affaiblissement intellectuel.

Les poètes vont aussi nous donner des exemples de longévité intellectuelle.

Goethe acheva, à l'âge de 81 ans, la seconde partie de son *Faust* ; il remplit jusqu'à cet âge les fonctions de premier ministre de Saxe-Weimar ; il s'éteignit à 83 ans, ayant conservé jusqu'aux dernières heures la plénitude de ses facultés.

Lamartine, qui vécut jusqu'à 78 ans, termina à 71 ans son « Histoire de la Révolution » ; à 73 ans, il révisa une édition de luxe de ses œuvres complètes, écrivit une satire éloquente « La vie de César » et une nouvelle intitulée « Fior d'Aliza », dans laquelle il rapporte quelques-unes de ses aventures de jeunesse et qui est devenue le livret d'un opéra et, deux ans avant sa mort, « Antoniella ».

Victor Hugo, qui mourut à 83 ans, travailla jusqu'à sa mort ; il publia à 80 ans un drame en vers, « Torquemada », et il acheva à 81 ans la « Légende des Siècles ». Mistral est mort à 84 ans, restant le plus illustre des représentants du Félibrige.

Si l'intelligence doit garder sa plénitude, c'est bien dans les recherches des savants, des mathématiciens et des physiciens. Les exemples sont nombreux de ceux dont les travaux accomplis durant leur vieillesse ont fait le plus d'honneur à la science.

Archimède découvrit ses miroirs ardents à 73 ans, trois ans avant sa mort.

Galilée, à 72 ans, six ans avant sa mort, au moment où il commençait à devenir aveugle, mettait la dernière main à son « Traité du mouvement ».

Le savant Euler, quoique atteint de cataracte, mit au jour, durant les dernières années de sa vie, ses principales recherches sur l'hydrodynamique. Il est mort subitement à 76 ans : « Il venait, dit Condorcet, de s'amuser à calculer sur une ardoise les

lois du mouvement ascensionnel des machines aérostatiques. »

Le géomètre Lagrange a donné, à l'âge de 70 ans, sa forme définitive à sa « Mécanique analytique » et son génie ne s'affaiblit pas ; il mourut à l'âge de 77 ans.

Le mathématicien Laplace a publié des travaux remarquables jusqu'à sa mort à l'âge de 78 ans.

Darwin, à 70 ans, écrivit son grand ouvrage sur le Mouvement des plantes, il a publié, à l'âge de 73 ans, avant de mourir, d'importants mémoires répondant aux vives polémiques que sa doctrine de la sélection naturelle avait soulevées.

Le célèbre naturaliste Alexandre de Humboldt est mort à 90 ans. A 73 ans, il publia un ouvrage intitulé : « L'Asie Centrale ; recherches sur les chaînes de montagnes et la climatologie comparée », dans lequel il décrit les constatations qu'il venait de faire au cours d'un voyage de plusieurs milliers de kilomètres en Russie. A l'âge de 75 ans, il dédicaca à l'Empereur de Russie un ouvrage qu'il intitula « Cosmos », essai d'une description physique du monde. C'est avec ses conseils que cette œuvre a été traduite en français ; il était alors âgé de 87 ans.

Branly, célèbre physicien et chimiste, qui a découvert le principe de la théorie de la T.S.F., est mort presque centenaire. Il n'avait pu réaliser, en raison du manque de fonds, sa conception d'un laboratoire électrique parfait qu'à 88 ans. Il se faisait conduire en voiture à son laboratoire. Comme on lui reprochait de ne jamais prendre de repos : « Mes expériences se reposent-elles ? », répondait-il. Quelques jours avant de mourir, il avait 95 ans, il dit à ses enfants : « Puisque je sens que je ne pourrai plus travailler, autant mourir. »

Emile Picard, âgé de 83 ans, « faisait encore l'étonnement de tous par la vigueur de sa verte vieillesse, car il avait conservé toute son activité physique et intellectuelle » (M. le Prince de Broglie).

Le célèbre physiologiste Charles Sherrington est décédé en 1952 à 94 ans ; il publia, deux ans avant sa mort, une critique admirative sur l'œuvre de Goethe et il dirigea la même année la discussion sur la base physique de l'esprit au symposium tenu à Londres (Lhermitte).

Marfan, à 84 ans, quelques semaines avant sa mort, écrivait des articles de médecine infantile et étonnait par l'extraordinaire fidélité de sa mémoire.

Le physiologiste Lapicque, décédé à 86 ans, est resté jusqu'au terme de sa vie un expérimentateur fécond. Quelques mois avant sa mort, « il publia un article dans la *Revue des deux Mondes*,

où il expose des idées nouvelles et pénétrantes sur la conscience, propriété commune à toute cellule » (Monnier).

Edison, d'Arsonval, Charles Richet, Henri Bergson, Pierre Janet, Chevreuil qui s'éteignit à 103 ans, ont ignoré les épreuves du grand âge avec ses renoncements progressifs. A 78 ans, le calculateur Inaudi pouvait exécuter des calculs de 21 chiffres.

Des exemples de vies humaines illustres, qui se sont prolongées au delà des limites ordinaires, nous sont donnés parmi les peintres et sculpteurs.

Michel-Ange est mort à 89 ans, sans avoir renoncé à peindre et à sculpter. A 72 ans, il établit les plans de Saint-Pierre, surveille ensuite la construction de cette gigantesque cathédrale. A 87 ans, craignant de ne pouvoir l'achever, il fait une maquette de l'œuvre qui ne fut terminée que plusieurs années après sa mort. En même temps, il avait consacré les dernières années de sa vie à divers travaux d'architecture.

Le Titien, qui est mort de la peste à 99 ans, a conservé toute la puissance de son génie jusqu'à son extrême vieillesse. A 95 ans, il peignit l'allégorie de la « Bataille de Lépante » et, à 97 ans, il commença sa « Descente de croix » ; il prétendait alors « qu'il commençait seulement à comprendre ce qu'était la peinture ».

Le Tintoret conserva jusqu'à sa mort, à l'âge de 82 ans, sa grande facilité d'artiste. Une de ses plus belles œuvres de vieillesse est son portrait peint par lui-même à l'âge de 80 ans, âge auquel il se présente avec une longue barbe blanche.

Claude Le Lorrain, qui est mort à 82 ans, a dessiné et peint jusqu'à la fin de sa vie. Un de ses plus remarquables dessins qui représente une scène de l'*Enéide* porte la date de l'année de sa mort.

Greuze, octogénaire, passa ses derniers jours à faire son portrait et celui d'une de ses filles ; il mourut dans la misère. Comme il faisait un beau soleil le jour de sa mort, « j'aurai du beau temps pour mon voyage », dit-il.

Ingres est mort à 87 ans. « Quoique sa vie ait été prolongée au delà des bornes ordinaires, dit Théophile Gautier, il semble qu'il soit mort jeune, tant sa verte vieillesse, comparable à celle de Titien, paraît n'avoir connu ni langueur morale, ni l'affaiblissement physique. » A 82 ans, il termina son tableau « Jésus au milieu des docteurs » et, au cours de ses cinq dernières années, plusieurs portraits et une nouvelle « Stratonica ». Une de ses toiles, peinte à 84 ans, se trouve au foyer des artistes de la Comédie Française.

Isabey est mort à 88 ans, Ernest Hubert à 91 ans, Corot à 79 ans, on pourrait dire la palette à la main. Le Japonais Hakousai, mort à 89 ans, a produit des œuvres remarquables après être devenu octogénaire. Rodin est lui-même devenu octogénaire sans que son talent s'amoiendrisse. On doit également à Charles Damour, peintre et graveur, des estampes qu'il grava à un âge très avancé. Paul Gachet, médecin, peintre et graveur, qui avait réuni une collection d'œuvres artistiques choisies, données au Musée du Louvre par son fils, est mort à 81 ans en pleine lucidité.

On peut également citer des compositeurs de musique qui, devenus des vieillards, ont pu faire profiter l'humanité de leurs dons artistiques.

Hændel, malgré son intempérance, conserva intactes jusqu'à la fin de sa vie ses facultés de compositeur. A 72 ans, il put encore produire « Le triomphe de la Vérité » et, malgré une cécité progressive, il écrivit plusieurs célèbres oratorios avant sa mort à 74 ans.

Rameau, conservant son caractère vif et sensible jusqu'à son extrême vieillesse, composa à 79 ans un ballet, « Les Paladins ». Il mourut à 83 ans. Comme un curé voulait le sermonner au dernier moment : « Que diable venez-vous me chanter ? dit-il, vous avez la voix fausse. »

Haydn, mort à 77 ans, composa à l'âge de 65 ans la « Création du Monde » et, les années suivantes, de beaux quatuors.

Cherubini est mort à 82 ans ; à 74 ans, il termina une énorme partition intitulée « Ali-Baba ou les quarante voleurs » et, à 76 ans, il modifia son *Requiem* pour voix d'hommes, conservant la puissance créatrice de son génie.

Auber vécut jusqu'à 89 ans. A l'âge de 80 ans, il composa « La fiancée du roi de Garbe » ; à 86 ans, une mélodie, « Le dernier jour de bonheur » et, à 87 ans, l'opérette « Rêve d'amour », présentant toutes les qualités de sa meilleure époque.

Meyerbeer, à 70 ans, trois ans avant sa mort, composa une marche intitulée « Schiller Marsch » pour commémorer l'anniversaire de la mort de Schiller. Il mourut alors qu'il venait de donner toutes ses instructions pour la représentation de son opéra, « L'Africaine ».

Wagner, un an avant sa mort, fit paraître son magnifique drame musical « Parsifal » et, quelques heures avant de s'éteindre, à 70 ans, jouait sur le piano « La plainte des filles du Rhin ».

Verdi, à 80 ans, fait représenter l'opéra comique « Falstaff » et conserve jusqu'à sa mort, à 88 ans, une fraîcheur d'esprit.

Pierné, à 70 ans, composa l'opéra-comique « Fragonard » et il était encore le chef d'orchestre applaudi des Concerts Colonne.

Pour compléter ce résumé des musiciens célèbres qui ont produit des œuvres dans leur vieillesse, nous citerons l'exemple de l'illustre luthier Stradivarius qui est mort à 93 ans, consacrant jusqu'à sa mort son talent à la perfection de ses instruments de musique ; il termina un violon à l'âge de 92 ans.

Les hommes politiques pourraient aussi nous fournir des exemples de longévité intellectuelle associée à la conservation d'un état physique solide.

Franklin est mort à l'âge de 84 ans ; il passa les dernières années de sa vie à rédiger une constitution pour les Etats-Unis : « Sentant sa fin approcher, il demanda qu'on fit son lit afin de pouvoir mourir d'une façon décente. »

Guizot, célèbre surtout comme historien, est mort à l'âge de 87 ans. Il passa les dernières années de sa vie à la révision de ses œuvres. A l'âge de 83 ans, il publia son « Histoire de France racontée à mes petits-enfants », son dernier travail de longue haleine.

Gladstone, qui, comme chef des libéraux, employa toute son énergie pour améliorer le sort de l'Irlande, atteignit l'âge de 89 ans ; il aimait à répéter que s'il était mort à 70 ans, il n'aurait pas achevé la moitié de sa tâche.

De Moltke, à l'âge de 70 ans, a vaincu les armées françaises dans la guerre 1870-1871 ; Clemenceau avait près de 80 ans quand il a gagné la grande guerre de 1914-1918.

On peut prétendre que les cas de longévité intellectuelle que nous venons de citer sont exceptionnels, sont des anomalies. Nous pouvons répondre que cette longévité intellectuelle n'est pas rare ; le seul fait remarquable, c'est qu'elle concerne des hommes éminemment exceptionnels. Si nous l'envisageons parmi nos amis, connaissances ou parents, parmi les individus de valeur qui, ayant dépassé l'âge de 80 ans, continuent à faire profiter l'humanité de leur intelligence ou de leurs dons artistiques, nous sommes obligés de reconnaître qu'elle est plutôt fréquente et que de nombreux macrobites ont conservé la vivacité de l'esprit de l'âge mûr.

Il ressort de cette constatation qu'il y a des individus qui gardent intacts leurs facultés intellectuelles jusqu'au terme que la nature leur assigne et d'autres dont le cerveau vieillit prématurément.

Alors, deux problèmes se présentent qui sont corollaires l'un de l'autre : quelles sont les causes qui prolongent la longévité intellectuelle, quelles sont celles qui l'abrègent ?

Avant d'envisager le premier problème, un aperçu sur l'embryogénèse cérébrale est indispensable, car le développement du cerveau diffère totalement de celui des autres organes.

Au début de la vie embryonnaire, le tissu nerveux, dérivé de l'ectoderme, se présente sous forme d'un tube composé d'un neuro-épithélium (névraxe). Les cellules de ce tube se divisent et donnent naissance à des cellules appelées germinatives, dont un certain nombre seulement vont se transformer en neuroblastes.

Le neuroblaste, muni d'un noyau uninucléé, émet un cylindre et des expansions protoplasmiques, l'ensemble prenant le nom de neurone. Dans le corps cytoplasmique du neuroblaste apparaissent des granulations ou corps chromophiles, des neurofibrilles ; la cellule nerveuse est alors constituée, elle s'accroît, devient adulte et, fait important, primordial, qui la différencie des cellules des autres organes, elle est incapable de se multiplier.

Pendant que se constituent ces divers éléments, la partie supérieure du névraxe se renfle et se transforme en cinq vésicules. L'antérieur ou télencéphale donnera le cerveau. Le nombre de neurones qui va la constituer est ainsi fixé dès la naissance et on évalue à neuf milliards le nombre des cellules qui vont former les diverses couches du cortex cérébral, siège principal des facultés intellectuelles.

Alors que le cerveau est le seul organe qui soit composé de cellules psychiques dont le nombre fixé dès le début du développement embryonnaire est destiné à rester le même pendant toute la vie, les autres organes du corps sont composés de cellules qui ont la propriété de se diviser, de donner d'une façon continue deux éléments nouveaux, constituant ainsi un renouvellement de leur structure intime, renouvellement qui ira en s'épuisant pour constituer leur vieillesse. Les cellules cérébrales doivent donc naître avec un potentiel, une organisation, une énergie vitale, un principe recteur, une activité dirigée qui leur sont propres. Ces attributs, dont nous ignorons l'essence, sous-entendent une force mystérieuse, une intention transcendante, insondable, dont la nature nous échappe. Si l'anatomiste peut décrire les éléments nerveux qui sont le siège de cette force immatérielle, il est incapable d'apprécier le degré et les modalités de celle-ci. Il n'y a peut-être que peu de différence entre la morpho-

logie des cellules psychiques d'un individu d'une haute intelligence et celle des cellules d'un sujet d'une intelligence moyenne. Les connexions des éléments psychiques entre eux et avec les autres cellules du névraxe ont certainement une plus grande importance. Comme il y a des milliards de cellules dans le cortex cérébral, comme chaque cellule avec son cylindraxe et ses prolongements protoplasmiques doit jouer un rôle pour assumer une harmonie parfaite de l'esprit, le réseau de fibres nerveuses ainsi formé, qui constitue les circuits intercérébraux, est tellement compliqué que notre entendement ne peut le concevoir. Ce que l'observation nous révèle, c'est que cette vitalité des éléments psychiques, véritable héritage biologique, peut n'avoir aucun rapport avec celle des autres éléments cellulaires qui constituent l'ensemble de l'organisme. On peut avoir un cerveau supérieurement développé dans un corps débile.

Ces considérations embryogéniques nous laissent entrevoir le rôle important qui revient au patrimoine génétique héréditaire dans la transmission de l'aptitude à la longévité intellectuelle, en même temps qu'aux potentialités intellectuelles qui comprennent le degré d'intelligence et les aptitudes spéciales, car l'activité biochimique des gènes se continue durant toute la vie de l'individu. L'équipement germinatif, à la fois quantitatif et qualitatif, varie suivant chaque sujet.

L'héritage cérébral détermine d'abord chez chacun de nous une individualité, une personnalité intellectuelle qui lui est propre et qui va se développer lentement. Celle-ci, prédéterminée dès le départ de l'existence, est commandée par le dynamisme des cellules cérébrales qui, normalement, doit persister jusqu'à la vieillesse. C'est ainsi que des hommes supérieurs ont pu transmettre à leurs descendants leurs aptitudes par l'intermédiaire de leurs cellules germinales, comme certaines tares sont transmises des parents aux enfants. Il est des exemples de tendances qui ont pu se propager dans certaines familles ; on peut citer des familles de savants, de musiciens, de peintres, de sculpteurs.



En plus du capital psychique génétique qui, selon nous, est la condition la plus importante de la valeur anatomo-physiologique du cerveau, d'autres conditions interviennent que l'individu va subir au cours de son existence pour développer son aptitude à la longévité. Le milieu familial et social, l'éducation, l'instruction contribuent pour une large part à fortifier la cérébralité, à

donner l'habitude de la pensée. Mais, outre ces facteurs extérieurs, ce qui peut concourir à la bonne utilisation de la constitution génétique et à la conservation de ce patrimoine héréditaire, c'est le travail intellectuel. La meilleure façon de remédier à un fléchissement prématuré de l'esprit c'est la lutte contre l'oisiveté, contre l'inertie mentale. On peut sauvegarder sa santé mentale au même titre que sa santé physique en faisant travailler son cerveau, en continuant à utiliser les expériences qui se présentent au cours de l'existence.

Un test intéressant, pour juger du fonctionnement normal du cerveau d'un vieillard, est de constater le degré de curiosité qu'il a conservé. Prenant par exemple les savants qui ont gardé intacte leur activité intellectuelle jusqu'à un âge avancé, on remarque qu'ils étaient restés curieux, prêts à s'émerveiller et avides d'acquérir de nouvelles connaissances ; ils étaient restés des étudiants toute leur vie.

L'âge de la retraite, qui pour certains sonne l'heure de l'oisiveté, est pour les esprits bien conservés le moment de mettre à profit les situations qu'ils ont vécues, d'utiliser les apports de la vie passée, les acquisitions spirituelles du savoir et de la sagesse. La passion pour les arts, la science, le progrès social, etc... procure un entraînement intellectuel qui s'oppose à la déchéance. « Il ne faut pas se retirer de l'action ; l'arrêt de l'action c'est la diminution des forces physiques et intellectuelles. » (Dartigues). On peut poser comme règle que toute inactivité suivant la cessation d'un travail intellectuel régulier entraîne une chute du niveau mental.

Outre les exemples d'hommes illustres que nous avons rapportés, nous pourrions citer des savants, des inventeurs, des novateurs, et parmi eux des femmes supérieures, encore vivants qui, conservant au cours de leur vieillesse toute la puissance de leur esprit net et critique, poursuivent des travaux qui ont l'éclat de leur maturité.

Il est encore un fait d'observation plus curieux, c'est celui de vieillards qui se livrent à une activité créatrice pour laquelle ils n'avaient jamais antérieurement manifesté la moindre tendance. Pour expliquer ce gain intellectuel, Gumpert admet que, si la sénescence entraîne une certaine modification organique, celle-ci provoque et stimule un processus de réparation et de compensation, de sorte qu'il s'agit d'une « perte productrice ».

Ces exemples s'opposent aux idées d'Oswald qui écrit : « Après 35 ans, un individu n'a plus d'idées neuves et fécondes. » Certains psychologues prétendent même que le poids du cerveau

commence à baisser à 28 ans et le niveau intellectuel à la même époque. Auguste Comte est plus près de la vérité quand il dit : « Qu'est-ce qu'une grande vie ? C'est une pensée de jeunesse réalisée dans l'âge mûr », et nous pourrions ajouter « souvent dans la vieillesse ».

Il y a certainement des mesures capables de sauvegarder la santé mentale et, en particulier, de retarder une sénescence précoce. L'hygiène physique et mentale peut jouer un rôle important pour prolonger la vie avec des facultés intellectuelles normales. L'adage de Juvénal, « *Mens sana in corpore sano* », sera toujours vrai et les recherches actuelles de la médecine psychosomatique le prouvent. Les facultés intellectuelles « ne disparaissent généralement que parce que la défaillance d'autres fonctions ne permet plus leur maintien » (M. Renaud).

S'il y a quelques précautions à prendre pour ne pas abrégier la longévité intellectuelle, il ne s'agit que de banalités hygiéniques que tout le monde connaît et qui ne sont pas toujours suivies. Mis à part les facteurs ambiants et les causes accidentelles, telles que les intoxications surtout d'ordre alimentaire, les infections et en particulier la syphilis, les traumatismes et les néoplasmes cérébraux, si l'homme vieillit précocement, c'est souvent davantage par sa faute que par celle de la nature. Les traités d'hygiène recommandent d'éviter le surmenage physique et intellectuel, les excès alcooliques qui altèrent les mécanismes compliqués de la vie intellectuelle, les secousses morales, les ébranlements émotionnels. Les cures de repos mental sont nécessaires. Une vie matérielle assurée est indispensable, car la misère abrège la longévité intellectuelle et entrave la réalisation des découvertes.

S'il existe une relation entre la sénescence corporelle et l'état des fonctions des glandes endocrines, en particulier de la sécrétion des glandes sexuelles, pour conserver à l'homme sa virilité, il ne semble pas que cette action se manifeste pour la conservation de l'intelligence au cours de la vieillesse. Les méthodes de rajeunissement par excitation de la fonction des gonades, les essais de greffes sexuelles ne paraissent pas avoir donné de résultat encourageant à ce point de vue. On ne doit pas également avoir recours aux moyens artificiels chimiques pour stimuler l'activité psychique. L'habitude de la pensée doit se suffire à elle-même.

Tous ces préceptes hygiéniques ont certainement une action efficace. Il est cependant une remarque qui mérite d'être relevée. Parmi les hommes célèbres qui, devenus vieux, ont conservé leur activité jusqu'à la fin de leur vie, il est curieux et surprenant de

constater que certains ont pris part à tous les événements graves de leur époque, ont eu à subir des luttes, à supporter des secousses morales, à traverser des épreuves pénibles et ont pu aussi se livrer à des excès de toutes sortes sans que leur énergie physique et intellectuelle ait subi le moindre fléchissement.

Schuster vient de rapporter l'observation d'un sujet de 106 ans dont l'état physique semble avoir présenté le minimum de déchéance et dont les facultés intellectuelles, étudiées au moyen de tests psychologiques, montrent un degré surprenant de préservation. Ce sujet, qui avait été riche, a perdu toute sa fortune sans que sa mentalité soit éprouvée et, à l'âge de 101 ans, il a été obligé d'accepter l'assistance aux vieillards.



On est encore peu renseigné sur les processus cérébraux normaux du vieillissement. On peut supposer, d'après les études psychologiques faites chez les vieillards sans affaiblissement intellectuel, que les modifications cérébrales doivent être peu accusées. « La sénilité normale, écrit Courbon, correspond à une psychologie normale qui n'a rien de pathologique. » La plupart des recherches anatomo-pathologiques qui ont été publiées portent sur des cerveaux de sujets affaiblis mentalement. C'est qu'il est fréquent de pratiquer des autopsies de vieillards hospitalisés en raison de leur état mental dans des hospices ou dans des hôpitaux psychiatriques. L'occasion se présente rarement de pouvoir faire l'examen histologique de cerveaux de vieillards qui ont conservé une existence normale jusqu'à la fin de leur vie.

On comprend ainsi pourquoi les constatations anatomo-pathologiques concernant des cerveaux d'octogénaires et même de centenaires se rapprochent de celles qui caractérisent la démence sénile ; il s'agit d'altérations pathologiques qui n'ont aucun rapport avec les modifications en rapport avec les processus normaux du vieillissement physiologique. Dans les cerveaux de vieillards sains d'esprit on n'observe ni atrophie cérébrale notable, ni modifications de la cyto-architectonie corticale, ni diminution de la densité des cellules du cortex ; les cellules renferment des granulations de Nissl bien ordonnées et le pigment lipochrome intracytoplasmique qu'on y observe ne diffère pas en quantité de celui que l'on note dans les cerveaux de cinquantenaires. Les plaques séniles font défaut ou sont très rares. Le tissu réticulo-endothélial ne paraît pas modifié.

Alors une question se pose. Pourquoi certains individus conservent-ils intactes leurs fonctions intellectuelles jusqu'à leur extrême vieillesse, tandis que d'autres présentent des symptômes d'affaiblissement mental dès l'âge de 60 ans et souvent même beaucoup plus tôt ? Nous pénétrons alors dans le domaine de la gériatrie.

Reprenant notre exposé concernant le développement embryonnaire de la cellule nerveuse psychique qui, suivant l'expression de certains auteurs est un élément en quelque sorte « perpétuel », puisqu'elle est la seule dans l'organisme qui naît et ne se divise pas, nous pensons que, dans les recherches des causes qui lui font perdre son activité fonctionnelle seulement chez certains vieillards, l'action de la sénescence n'est pas suffisante ; il y a des cerveaux de vieillards qui ne sont pas des cerveaux séniles.

Pour obtenir quelques précisions anatomo-cliniques sur les états d'affaiblissement intellectuel, qui sont appelés séniles ou préséniles quand ils surviennent après l'âge de 60 ans, on peut avoir recours aux données de la géronepsychiatrie.

L'involution mentale sénile, considérée comme un processus d'usure simplement physiologique, comme un état d'épuisement par l'âge, explication trop vague et rudimentaire, est en fait un processus organique pathologique. Le vieux cerveau affaibli est un cerveau malade.

Les causes pathologiques, qui viennent ainsi contrarier la longévité intellectuelle, peuvent être décelées par l'étude des affaiblissements psychiques séniles dont l'évolution est lente ou rapide, leurs degrés variables allant d'une simple diminution des facultés à la démence la plus profonde.

Tout en reconnaissant l'action nocive de multiples causes infectieuses, toxi-infectieuses ou toxiques, traumatiques, néoplasiques qui peuvent survenir à toutes les étapes de la vie, nous pensons que les deux principaux processus pathologiques qui viennent interrompre la longévité intellectuelle sont l'artériosclérose cérébrale et les encéphaloses, affections qui ont un mode d'action complètement différent pour aboutir cependant à la lésion dégénérative de la cellule psychique.

L'artério-sclérose n'est pas l'apanage de la vieillesse, puisqu'elle peut apparaître chez des sujets de 40 à 50 ans. Si elle se manifeste le plus souvent à partir de 60 ans, elle n'est pas liée à la sénescence.

Ce n'est pas la place ici de décrire les conséquences graves de l'artério-sclérose cérébrale dont les syndromes appartiennent davantage à la neurologie qu'à la psychiatrie (démence organi-

que), ni tous les troubles mentaux qui en sont symptomatiques. N'ayant en vue que les causes qui agissent contre la longévité intellectuelle, nous ne retiendrons que la forme uniquement mentale intéressant le fonds intellectuel et évoluant d'une façon progressive.

Les premières manifestations sont en rapport avec l'irrigation insuffisante du cerveau secondaire à la sclérose des vaisseaux. Le sujet se plaint de céphalée, de fatigabilité aussi bien physique que psychique, d'incapacité au travail intellectuel, de troubles légers de la mémoire. On remarque chez lui une certaine indifférence affective et en même temps une réaction émotive exagérée pour les moindres ennuis ou contrariétés, une sensibilité pathologique. Le fléchissement du fonds mental ne commence à inquiéter le malade et son entourage que s'il prend une certaine importance. A l'état normal, le cerveau fait par vingt-quatre heures une consommation énorme de 138 litres d'oxygène qui lui sont fournis par 2.160 litres de sang. Sous l'influence de l'anoxie causée par l'imperméabilité des vaisseaux nourriciers cérébraux atteints d'angio-sclérose, sous l'influence également du ralentissement de la circulation sanguine dans les capillaires, les cellules nerveuses et principalement celles du cortex cérébral s'atrophient. Il faut en outre que ce défaut d'irrigation cérébrale soit diffus, intéresse des régions étendues du cortex ; il est en effet fréquent d'observer des artério-scléreux, atteints de troubles neurologiques localisés, qui ne présentent pas d'affaiblissement mental notable.

Certains auteurs avaient été amenés à considérer l'altération des fins vaisseaux qui irriguent le cerveau comme la cause même de la sénescence (Bastai et Dagliotti). On ne peut admettre cette interprétation ; l'observation clinique nous apprend qu'à côté d'artério-scléreux relativement jeunes on peut voir des vieillards atteindre un âge avancé sans présenter la moindre manifestation clinique et anatomique de cette affection. Les altérations vasculaires de l'artério-sclérose constituent une maladie.

Les causes étiologiques de l'artério-sclérose sont tellement diverses qu'il est impossible d'en faire état. D'après nos recherches, nous ne trouvons pas comme agents pathogènes importants les auto-intoxications, les exo-intoxications, les toxi-infections, les chocs psycho-affectifs, les troubles endocriniens, le surmenage intellectuel. L'intoxication alcoolique ne paraît pas avoir une influence notable.

En présence des différences individuelles si variées nous accordons à l'hérédité et aux facteurs constitutionnels une importance

étiologique prépondérante. Il y a des familles d'artério-scléreux et il est fréquent d'observer chez certains de leurs membres un fléchissement des facultés intellectuelles avant le stade terminal déterminé par la nature.



Dans les autres affections cérébrales chroniques d'emblée qui se traduisent cliniquement par l'affaiblissement des facultés intellectuelles, le processus anatomo-pathologique consiste en la lésion dégénérative primitive des neurones cérébraux sans aucune altération concomitante des vaisseaux, ce qui les distingue de l'artério-sclérose, sans aucune réaction vasculaire inflammatoire, ce qui les différencie des encéphalites. Des analogies anatomiques, cliniques, pathogéniques rapprochent ces affections démentielles qui forment le groupe des encéphaloses.

Les syndromes mentaux relevant de ce processus anatomo-pathologique qui le plus souvent s'observe après l'âge de 60 ans peuvent aussi frapper des sujets jeunes.

N'ayant comme objet d'étude que les causes qui abrègent la longévité intellectuelle, nous n'envisagerons que les syndromes démentiels séniles ou préséniles dont les principaux sont la démence sénile pure ou sans athérome, la maladie de Pick et la maladie d'Alzheimer.

De toutes ces affections, la démence sénile est la plus commune. Dès qu'un vieillard présente des troubles de la mémoire, on les considère à tort comme un effet de l'âge. Il s'agit en fait de modifications cérébrales progressives qui peuvent être le substratum anatomique d'un début de démence sénile. La lésion principale de cette affection consiste en l'atrophie du cerveau. L'examen microscopique décèle l'atrophie et même la disparition par places des cellules de l'encéphale et principalement du cortex cérébral, des plaques séniles sans altération importante des vaisseaux cérébraux, une notable hyperplasie compensatrice de la névroglie. Ces lésions sont indépendantes de tout processus infectieux : elles sont d'ordre dégénératif.

Quant à l'affaiblissement sénile symptomatique de ces lésions, on ne peut admettre qu'il n'est qu'une exagération du vieillissement normal physiologique : « La démence sénile véritable, la démence sénile avec plaques, écrit Tinel, nous apparaît comme une véritable maladie générale, spécifique, autonome, sans aucun rapport avec la sénilité normale, non plus qu'avec l'artério-sclérose cérébrale. » Chez les déments séniles les éléments nobles

du cerveau ont perdu leur vitalité et se sont atrophiés avant la sénescence de l'organisme. Ce sont généralement des sujets qui ont toujours joui d'une bonne santé mentale jusqu'au moment où l'affection a débuté sans cause étiologique accidentelle décelable ; par contre, dans leurs antécédents on note fréquemment des tares héréditaires ; on relève que de proches parents ont aussi été atteints d'affaiblissement sénile progressif.

Si cette constatation vient appuyer notre thèse que chacun de nous naît avec une certaine somme d'énergie cérébrale héréditaire à dépenser, « avec un capital déterminé » suivant l'expression d'Herbert Spencer, l'étude étiologique des deux autres formes de démence présénile, la maladie d'Alzheimer et la maladie de Pick, vient encore la renforcer.

Ce n'est pas le lieu de discuter sur la différenciation clinique et anatomo-pathologique de ces deux formes dementielles extrêmement voisines. Elles sont considérées comme des affections préséniles, ce qui est faux, puisqu'elles peuvent survenir, soit tardivement au cours de la vieillesse, soit précocement chez des individus relativement jeunes. Ce sont des affections indépendantes de la sénilité. On n'observe dans les antécédents des malades aucune maladie infectieuse, toxique ou toxi-infectieuse qui aurait pu altérer le cerveau ; les premiers symptômes débutent sans cause déterminante apparente et les troubles dementiels sont d'emblée progressifs. Comme dans la démence sénile, la lésion principale et primitive du cerveau consiste en l'atrophie des cellules du cortex cérébral sans altération vasculaire, sans aucune trace d'artério-sclérose cérébrale. Or, la maladie d'Alzheimer et la maladie de Pick ont comme caractères particuliers d'être fréquemment des maladies héréditaires ; on a même décrit des familles atteintes de maladie de Pick. Cet ensemble de considérations plaide en faveur de l'opinion qui fait rentrer ces affections dans le groupe des abiotrophies cérébrales dégénératives, conséquence de tares héréditaires. Ce sont des affections par abiotrophie des éléments nerveux, résultant d'une faiblesse constitutionnelle ou congénitale : ce sont des affections hérédodégénératives qui se classent à côté des maladies héréditaires systématisées.



De cet exposé clinique et anatomo-biologique quels sont les problèmes prophylactiques qui se posent ? Les exemples d'hommes illustres qui ont gardé jusqu'au terme de leur extrême vieil-

lesse toute la puissance de leur génie, les exemples que nous avons autour de nous de sujets, qui conservent l'activité et la vivacité de leur intelligence jusqu'à un âge avancé, permettent de conclure que leur cerveau n'a eu à subir aucun facteur nocif important, soit durant la vie embryonnaire, soit après leur naissance. Ces privilégiés doivent leur longévité intellectuelle bien plus au capital cérébral génétique transmis par leurs procréateurs qu'au milieu dans lequel ils ont vécu et qu'aux conditions extérieures qu'ils ont subies.

Comme c'est dans le cerveau que s'exerce la fonction mystérieuse que l'on appelle l'esprit, il faut bien admettre l'importance prépondérante que joue l'hérédité dans le développement embryonnaire de cet organe, en particulier du cortex cérébral dont le nombre prodigieux des cellules avec leurs expansions, leurs rapports, leur potentiel vital, est fixé pour la durée de la vie. Si d'autres facteurs interviennent pour favoriser la longévité intellectuelle, ils ne peuvent que surajouter leur action à l'influence génétique.

A l'opposé de cette hérédité qui favorise la longévité intellectuelle, il est des tares héréditaires qui s'y opposent. Les documents cliniques et anatomo-pathologiques concernant certains états démentiels apportent leur contribution à l'étude de l'action génétique en précisant comment se développent les lésions dégénératives des cellules psychiques. Nous avons montré par quel processus vasculaire l'artério-sclérose cérébrale entraînait l'atrophie des cellules du cortex et comment on devait accorder dans cette maladie une importance étiologique prépondérante à l'hérédité. Quant aux états démentiels appelés séniles ou préséniles, tels que la démence sénile pure sans athérome, la maladie de Pick, la maladie d'Alzheimer, l'anatomie-pathologique montre que l'atrophie de la cellule cérébrale est primitive ; de plus, la clinique nous enseigne que ces encéphaloses surviennent sans cause déclenchante appréciable, présentent souvent un caractère familial ou sont associées à d'autres affections nerveuses hérédodégénératives. Ces affections résultent d'une déficience originelle prématurée du capital génétique des éléments psychiques corticaux qui ont perdu leurs caractères d'éléments « perpétuels », qui n'ont pas pu conserver intacte leur maturité.

Ces considérations montrent la difficulté d'agir sur la prophylaxie de ces états démentiels progressifs dont la prédétermination l'emporte sur la prédisposition et sur l'action des facteurs extérieurs. C'est peut-être la raison pour laquelle on a peu de tendance dans les hôpitaux psychiatriques et les hospices à s'occu-

per des sujets atteints d'affaiblissement sénile. Il est cependant possible que chez certains sujets on puisse par l'emploi de méthodes psychothérapiques, en utilisant par exemple les acquisitions anciennes encore conservées, arrêter la progression de la démence et même obtenir une certaine récupération familiale.

« Longue vie, dit-on, à ceux qui ont des parents morts vieux », on peut ajouter : « Longue vie et intelligence intacte à ceux qui ont le privilège d'avoir reçu un patrimoine génétique leur transmettant l'aptitude à la longévité intellectuelle. ».

REFERENCES

- ANDRÉ (George). — *Le Figaro*, 30 décembre 1949.
- BASTAI (P.) et DOGLIOTTI (G. C.). — *Physiologie de la vieillesse et Introduction à l'étude des maladies des vieillards*, Masson édit., 1938.
- BÉNASSIS. — *Maxime Du Camp. Les alcaloïdes*, novembre 1943, p. 12.
- COURBON (P.). — Sur la psychologie de la vieillesse. *Journ. de psychol.*, 1927, p. 453.
- DARTIGUES (L.). — *Le renouvellement de l'organisme*, Doin édit., 1928.
- GUMPERT (M.). — *Old Age and productive loss. Menninger clinic (Topeka, Kansas)*, mai 1953, p. 103.
- LHERMITTE (J.). — Nécrologie de Charles Sherrington, *Presse médicale*, 2 août 1952, p. 1103.
- MARCHAND (L.). — La démence sénile sans athérome cérébral. *Annales médico-psychologiques*, mai 1937, p. 683 ; — *Maladies mentales (Les encéphaloses)*, A. Legrand édit., 1939 ; — L'artério-sclérose cérébrale, ses aspects mentaux. Etude anatomo-clinique. *Annales médico-psychologiques*, juin 1949, p. 433.
- MONNIER (A.-M.). — Nécrologie de Louis Lapicque. *Presse médicale*, 2 mai 1953, p. 642.
- PRINCE DE BROGLIE. — *Discours à la mémoire d'Emile Picard*, Académie française, 31 mai 1945.
- RENAUD (M.). — *Le médecin et le sociologue devant la sénescence*. Académie nationale de médecine, 18 novembre 1952.
- SCHUSTER (D. B.). — Etude psychologique d'un homme de 106 ans. Contribution aux concepts dynamiques de la vieillesse et de la démence. *Amer. J. of Psychiatry*, vol. 109, n° 2, août 1952, p. 112.
- TINEL (J.). — Les processus anatomo-pathologiques de la démence sénile. *Revue neurologique*, t. II, 1924, p. 22.
-

INTÉRÊT DU GRANULO-DIAGNOSTIC EN PSYCHIATRIE

PAR

A. GARDES et J.P. SCHNETZLER (1)

Le problème des relations entre la tuberculose et les troubles mentaux a pris une forme nouvelle avec la notion de tuberculose atypique introduite par Jacquelin et Burnand. De nombreux auteurs ont consacré à cette notion appliquée au domaine de la psychiatrie des travaux qu'il n'est pas question d'analyser ici et qui aboutissent dans l'œuvre du professeur Hyvert à l'édification d'une théorie cohérente. La toxoinfection tuberculeuse devient ainsi, sous sa forme atténuée, atypique ou latente, la principale responsable des troubles mentaux primitifs. Nous n'avons pas l'intention d'exposer tous les faits qui militent en faveur de cette opinion qui paraît au premier abord excessive. Elle s'appuie sur des arguments cliniques, biologiques, thérapeutiques et expérimentaux. Parmi de nombreuses épreuves biologiques de valeur très variable, le granulo-diagnostic de Benda et Urquia s'avère un moyen sûr et fidèle. Nous avons eu la possibilité d'effectuer cet examen parmi les malades hospitalisées à Château-Picon. Ce sont les premiers résultats d'une expérience encore limitée que nous voudrions exposer, résultats qui confirment ceux obtenus par Hyvert.

Rappelons d'abord brièvement la technique du granulo-diagnostic.

Le prélèvement sanguin d'une goutte peut être effectué à n'importe quel moment de la journée par ponction veineuse, ou plus simplement au lobule de l'oreille. L'étalement doit être impeccable. Le frottis est coloré par la méthode de May-Grünwald-Giemsa. Il faut simplement

(1) Travail de l'hôpital et du laboratoire de l'hôpital psychiatrique de Château-Picon.

éviter toute cause d'acidification de la lame et utiliser une eau distillée légèrement alcaline. On se servira, pour contrôler son pH, du rouge neutre comme indicateur coloré et l'on ajoutera goutte à goutte une solution à 1 % de carbonate de lithine par exemple, jusqu'à obtention d'une coloration jaune orangé persistante.

Le polynucléaire neutrophile normal, en abréviation : N, porte des granulations fines, égales, réparties uniformément à l'intérieur d'un protoplasme homogène et clair. A l'état pathologique, le nombre de ces granulations augmente ainsi que leur taille et c'est sur les caractères de ces granulations qu'est basée la classification des polynucléaires. Benda distingue des polynucléaires de types intermédiaire et pathologique.

Le polynucléaire pathologique (côté : +) porte des granulations nombreuses, plus foncées, de tailles inégales, de formes irrégulières et parfois confluentes, souvent réparties à la périphérie. Le diamètre moyen du polynucléaire est souvent augmenté, atteignant de 9 à 12 microns.

Dans le type intermédiaire (côté : $\pm$), les granulations sont plus nombreuses qu'à l'ordinaire mais ne sont pas augmentées de taille. Elles donnent au protoplasme un aspect trouble et brouillé, rose sale. Le diamètre moyen du neutrophile est le plus souvent augmenté.

On numère 100 ou mieux 200 polynucléaires, et on établit le pourcentage des différents types. La formule ainsi constituée est appelée granulogramme. Comment lit-on ce granulogramme ?

Dans un premier cas, une catégorie prédomine très nettement. Exemples :

N 70, $\pm$ 26, + 4, formule normale.

N 16, $\pm$ 80, + 4, formule intermédiaire.

N 8, $\pm$ 28, + 64, formule pathologique.

Dans un deuxième cas, le granulogramme est panaché. Benda tient pour normal un granulogramme lorsque le total des intermédiaires et pathologiques est inférieur au nombre des neutrophiles normaux. Hyvert admet qu'au-dessus de 40 % de formes normales, un granulogramme est normal, qu'au-dessus de 15 % de formes pathologiques, il doit être considéré comme pathologique.

Exemples :

N 54, $\pm$ 42, + 4, normal.

N 33, $\pm$ 40, + 27, pathologique.

Cette définition est expérimentale. Il est exceptionnel en effet de trouver plus de 15 neutrophiles pathologiques lorsque les formes normales dépassent 40 %. Exemple : N 60, $\pm$ 4, + 36. Dans les cas douteux, il est indiqué, soit de pratiquer des examens comparatifs en série, soit d'injecter un produit du malade (sang, liquide céphalo-rachidien) au cobaye et de suivre l'évolution du granulogramme de l'animal.

Résultats

Les tuberculeux avérés à bacilloscopie positive ont pratiquement toujours un granulogramme pathologique. Sur 833 cas, Benda n'a trouvé que 5 granulogrammes normaux, encore s'agissait-il de formes anciennes, pauci-bacillaires.

Les formes non évolutives ou éteintes et la majorité des primo-infections correspondent à des granulogrammes intermédiaires.

Les sujets paraissant indemnes de tuberculose ont des granulogrammes normaux. Sur 601 cas, Benda ne trouve que 14 granulogrammes pathologiques, soit une proportion de 2,32 % de résultats discordants.

On peut trouver parfois des granulations pathologiques lors de la fièvre typhoïde, de la grippe, d'infections à cocci, du rhumatisme articulaire aigu, de la maladie d'Osler, de certaines intoxications. Il s'agit toujours de modifications sans lendemain. Peut-on invoquer à leur sujet la réactivation passagère de foyers latents ?

Nous avons pratiqué le granulogramme après qu'un examen clinique et un examen radiologique pulmonaire aient éliminé l'hypothèse d'une tuberculose viscérale grossière et bien entendu en dehors de toute affection intercurrente. Dans quelques cas particuliers ces conditions n'ont pas été réalisées, nous les signalerons au fur et à mesure.

La majorité de nos malades rentre dans le groupe des psychoses primitives dont l'étiologie nous est *a priori* inconnue. Nous séparerons dans notre exposé les malades dont l'affection ou l'accès en cours évoluent depuis moins de 4 ans et les psychoses anciennes.

I. PSYCHOSES RÉCENTES

32 malades. Granulogrammes : 20 pathologiques, 9 intermédiaires, 3 normaux. La première notion à retenir est donc la fréquence des réponses pathologiques. Voyons ce que nous apprend maintenant l'étude des granulogrammes suivant le diagnostic clinique.

Syndrome de démence précoce

11 cas. Granulogrammes : 10 pathologiques, 1 normal.

OBSERVATION N° 1. — Mlle Si., 17 ans. Démence précoce hébéphrénique. Début en novembre 1952. Internée en février 1953.

Le 18 mars 1953, granulogramme : N 1, $\pm$ 41, + 58.

OBSERVATION N° 2. — Mlle Dem., 28 ans. Démence précoce évoluant depuis 1951.

Le 16 avril 1953, granulogramme : N 18, ± 55 , + 27.

OBSERVATION N° 3. — Mlle Lo., 31 ans. Délire paranoïde. Evolution rémittente depuis 1950.

A l'entrée, le 25 décembre 1952, granulogramme : N 9, ± 36 , + 55.

Le traitement associe des sels d'or et de la vitamine D2 à haute dose à des électro-narcoses puis à une cure de Sakel. L'amélioration est nette : disparition de la dépression et de certains éléments schizophréniques.

Le 12 mars 1953, granulogramme : N 33, ± 56 , + 11. La formule est devenue intermédiaire.

OBSERVATION N° 4. — Mme Ma., 25 ans. Démence précoce. Début des troubles en juillet 1950 après une fracture du crâne. Le premier granulogramme est effectué au cours d'une cure de Sakel, alors que la malade est nettement améliorée.

Le 2 janvier 1953, granulogramme : N 37, ± 50 , + 13, type intermédiaire.

Sept jours après, un œdème aigu du poumon fait interrompre les comas. L'aggravation mentale est immédiate.

Le 18 février 1953, granulogramme : N 23, ± 17 , + 60.

L'aggravation s'accroît encore et la malade reprend son état mental d'avant la cure de Sakel.

Le 11 avril 1953, granulogramme : N 2, ± 34 , + 64.

OBSERVATION N° 5. — Mlle Ma., 23 ans. Démence précoce. Début en juillet 1951.

Le 25 octobre 1952, granulogramme : N 24, ± 50 , + 26.

Est alors traitée par électro-narcoses, puis cure de Sakel. Aucun résultat.

Le 23 mars 1953, granulogramme : N 25, ± 52 , + 23, granulogramme fixé.

OBSERVATION N° 6. — Mlle Fa., 26 ans. Démence précoce. Début en 1951.

Le 15 mars 1952, granulogramme : N 1, ± 30 , + 69.

Elle est traitée par électro-narcoses, puis cure de Sakel.

Le 5 février 1953, granulogramme : N 40, ± 34 , + 26.

Le 15 avril 1953, on arrête la cure de Sakel au 103^e coma. Le comportement est nettement amélioré. Les troubles du cours de la pensée sont discrets. Persistance d'éléments schizophréniques très atténués.

Le 17 avril 1953, granulogramme : N 8, ± 44 , + 48.

Pronostic réservé devant l'aggravation du granulogramme.

OBSERVATION N° 7. — Mlle Pl., 29 ans. Démence précoce. Début progressif en 3 à 4 ans.

Le 31 décembre 1952, granulogramme : N 59, $\pm$ 35, + 6, granulogramme normal.

Traitée par électro-narcoses, puis par cure de Sakel. Le granulogramme se réactive.

Le 5 février 1953, granulogramme : N 19, $\pm$ 49, + 32, formule pathologique.

La cure de Sakel n'a donné aucun résultat.

OBSERVATION N° 8. — Mlle De., 34 ans. Démence précoce. Episode aigu en mars 1952, succédant à des troubles discrets évoluant depuis 1949. Salpingite bacillaire opérée en 1936. Actuellement, est atteinte d'un diabète sucré dont le régime vient facilement à bout.

Le 10 mars 1953, granulogramme : N 23, $\pm$ 52, + 25.

OBSERVATION N° 9. — Mlle La., 21 ans. Démence précoce. Evolution progressive depuis 1948.

Le 15 décembre 1952, granulogramme : N 4, $\pm$ 76, + 20.

Le 9 janvier 1953, granulogramme : N 16, $\pm$ 64, + 20.

Traitée par électro-narcoses. Aucun résultat clinique. Le granulogramme s'améliore.

Le 3 février 1953, granulogramme : N 54, $\pm$ 29, + 17.

Il reprend ensuite son état antérieur.

Le 6 mars 1953, granulogramme : N 17, $\pm$ 57, + 26.

L'état mental est stationnaire.

OBSERVATION N° 10. — Mlle Du., 26 ans. Syndrome schizophrénique. Tuberculose pulmonaire traitée en 1945 par pneumothorax extrapleurale droit abandonné en 1951. A ce moment, début d'une tuberculose rénale probable, sans confirmation bactériologique. Apparition des troubles mentaux au début de 1952. Actuellement, on trouve des séquelles pulmonaires calcifiées et une petite pyurie amicrobienne. L'état général est floride.

Le 10 mars 1953, granulogramme : N 25, $\pm$ 46, + 29.

On ne peut tenir compte de cette observation dans le cadre des tuberculoses atypiques. Elle n'est intéressante que par l'apparition des troubles mentaux lors de l'amélioration des lésions viscérales.

OBSERVATION N° 11. — Mlle Pe., 25 ans. Syndrome schizophrénique. Evolution rémittente depuis janvier 1951. Antécédents familiaux bacillaires. A été traitée à l'hôpital militaire Robert-Picqué par perfusions de 4560 R.P.

Le 29 décembre 1952, granulogramme : N 76, $\pm$ 24.

Le 15 janvier 1953, granulogramme : N 66, $\pm$ 34.

Le 2 février 1953, granulogramme : N 66, $\pm$ 34.

Confusions mentales

5 cas. Granulogrammes : 4 pathologiques, 1 intermédiaire.

OBSERVATION N° 12. — Mme Du., 53 ans. En 1950, encéphalite psychosique aiguë azotémique. Accès confusionnels en novembre, décembre 1952 et février 1953.

Le 6 mars 1953, granulogramme : N 18, $\pm$ 53, + 29.

Amélioration spontanée à la fin de mars, puis rechute au début d'avril.

Le 8 avril 1953, granulogramme : N 8, $\pm$ 41, + 51.

OBSERVATION N° 13. — Mlle Pel., 18 ans. Confusion mentale, qui débute brutalement le 25 décembre 1952. Apparition depuis peu de quelques signes discordants. Démence précoce à début confusionnel ?

Le 18 mars 1953, granulogramme : N 6, $\pm$ 57, + 37.

OBSERVATION N° 14. — Mme Fa., 33 ans. Syndrome dépressivo-confusionnel qui a débuté quinze jours après un accouchement survenu en juillet 1952.

Le 11 décembre 1952, granulogramme : N 0, $\pm$ 56, + 44.

L'observation de cette malade sera publiée par ailleurs.

OBSERVATION N° 15. — Mme Da., 41 ans. Syndrome dépressivo-confusionnel. Début en décembre 1952. Internée le 21 février 1953, elle s'améliore spontanément.

Le 27 février 1953, granulogramme : N 70, $\pm$ 30, formule normale.

Sortie à la fin d'avril. Une rechute amène la réintégration en plein accès confusionnel au début de mai.

Le 5 mai 1953, granulogramme : N 29, $\pm$ 71.

Le granulogramme est cette fois intermédiaire.

OBSERVATION N° 16. — Mme Ro., 44 ans. Confusion mentale stuporeuse dont l'étiologie semble évidente puisque l'accès est survenu au cours d'une furonculose avec lymphangite.

Le 17 mars 1953, granulogramme : N 17, $\pm$ 59, + 24.

Ce granulogramme pathologique nous étonne. Une radiographie pratiquée montre un petit infiltrat rond sous-claviculaire droit.

Le 17 avril 1953, granulogramme : N 17, $\pm$ 51, + 22.

On peut discuter dans le cas de cette malade les rôles étiologiques respectifs de la furonculose et de la toxi-infection tuberculeuse. Le granulogramme aura du moins servi à faire rechercher une lésion à laquelle nous ne pensions pas.

Bouffées délirantes

4 cas. Granulogrammes : 2 pathologiques, 2 intermédiaires.

OBSERVATION N° 17. — Mme Ga., 40 ans. Bouffée délirante polymorphe favorisée dans son éclosion par des abus éthyliques. Un accès antérieur en juillet 1951.

Le 23 mars 1953, granulogramme : N 18, $\pm$ 66, + 16.

OBSERVATION N° 18. — Mlle Pe., 54 ans. Délire hallucinatoire de persécution à évolution rémittente chez une débile.

Le 28 janvier 1952, granulogramme : N 29, $\pm$ 63, + 8.

OBSERVATION N° 19. — Mlle Li., 57 ans. Délire hallucinatoire de persécution chez une débile. Début en 1952.

Le 29 avril 1953, granulogramme : N 5, $\pm$ 35, + 60.

OBSERVATION N° 20. — Mlle Sa., 17 ans. Etat névropathique grave. Idées délirantes superficielles et mobiles. Au point de vue somatique, est atteinte de dilatation des bronches localisée. L'expectoration purulente ne renferme pas de bacilles de Koch mais de nombreux pneumocoques. La cuti-réaction puis les intradermo-réactions avec 3 et 50 U.I. de tuberculine I.P. 48 sont négatives en novembre 1952.

Le 17 novembre 1952, granulogramme : N 32, $\pm$ 42, + 26.

Un traitement médical : aérosols de pénicilline et bronchoscopies (D^r Le Lourd), amène une importante amélioration somatique et psychique.

Le granulogramme pathologique semble ici discordant, les réactions à la tuberculine étant négatives. Doit-on penser qu'il s'agit des granulations pathologiques que l'on a signalées lors des infections à cocci ?

Mélancolie. Accès dépressifs

6 cas. Granulogrammes : 2 pathologiques, 4 intermédiaires.

OBSERVATION N° 21. — Mme de B., 38 ans. Syndrome psycho-névropathique à forme dépressive. Evolution depuis deux ans.

Le 1^{er} décembre 1952, granulogramme : N 22, $\pm$ 57, + 21.

OBSERVATION N° 22. — Mme Ve., 51 ans. Accès mélancolique chez une maniaco-dépressive de longue date.

Le 19 février 1953, granulogramme : N 25, $\pm$ 60, + 15.

Le 8 avril 1953, granulogramme : N 17, $\pm$ 60, + 23.

Traitement par électro-narcoses, guérison de l'accès.

Le 26 avril 1953, granulogramme : N 32, $\pm$ 60, + 8.

La formule est devenue intermédiaire. La malade est reprise par sa famille ; l'évolution ultérieure du granulogramme est inconnue.

OBSERVATION N° 23. — Mme Bo., 45 ans. Mélancolie stuporeuse évoluant depuis 1949.

Le 30 décembre 1951, granulogramme : N 17, $\pm$ 82, + 1.

Le 24 janvier 1952, granulogramme : N 10, $\pm$ 90.

Cette malade a résisté à toutes les thérapeutiques de choc, qui n'ont jamais amené que des rémissions de très courte durée. Elle a subi : une cure de sulfosine, 2 pneumothérapies cérébrales, 60 comas insuliniques, 79 électro-chocs et 13 électro-narcoses. Le granulogramme est resté intermédiaire durant l'année 1952.

Le 21 mars 1953, granulogramme : N 23, $\pm$ 64, + 13.

OBSERVATION N° 24. — Mme Si., 23 ans. Accès dépressif qui a débuté en mars 1953.

Le 9 avril 1953, granulogramme : N 37, $\pm$ 57, + 6.

OBSERVATION N° 25. — Mme Bl., 51 ans. Dépression mélancolique symptomatique d'une psychose intermittente. Début de l'accès en décembre 1952.

Le 15 février 1953, granulogramme : N 26, $\pm$ 53, + 21.

Le 21 mars 1953, granulogramme : N 29, $\pm$ 49, + 22.

OBSERVATION N° 26. — Mme De., 71 ans. Mélancolie anxieuse qui a débuté en octobre 1952. Traitée par 7 électro-narcoses.

Le 1^{er} décembre 1952, est déjà très améliorée ; granulogramme : N 41, $\pm$ 48, + 11.

Formule indécise à tendance intermédiaire. D'autres éléments (sub-fébrilité constante, sédimentation très accélérée, leucocytose, calcifications dans le parenchyme pulmonaire) font entreprendre un traitement par scarification de Diapros, allochrysine en injections intramusculaires.

Le 5 janvier 1953, granulogramme : N 44, $\pm$ 56, formule de tendance intermédiaire.

On adjoint du rimifon *per os*.

Le 20 janvier 1953, l'état mental est normal. Granulogramme : N 56, $\pm$ 44.

Le 27 janvier 1953, granulogramme : N 90, $\pm$ 10, formule normale. La malade sort guérie.

Accès maniaques

6 cas. Granulogrammes : 2 pathologiques, 2 intermédiaires, 2 normaux.

OBSERVATION N° 27. — Mlle Fa., 43 ans. Déséquilibre constitutionnel avec épisodes maniaco-dépressifs.

Le 2 décembre 1952, granulogramme : N 54, $\pm$ 42, + 4.

OBSERVATION N° 28. — Mme La., 44 ans. Accès maniaque. Début progressif en trois années environ. Signes d'acuité depuis quelques mois. Appoint éthylique.

Le 17 avril 1953, granulogramme : N 28, $\pm$ 68, + 4.

OBSERVATION N° 29. — Mme G., 28 ans. Accès maniaque à rechutes. Début juillet 1952.

Le 24 décembre 1952, granulogramme : N 87, $\pm$ 13.

Le 27 mars 1953, granulogramme : N 61, $\pm$ 39.

OBSERVATION N° 30. — Mlle Se., 33 ans. Accès maniaco-confusionnel lié à l'évolution d'une psychose maniaco-dépressive dont le début remonte à 1940.

Le 4 mars 1953, granulogramme : N 26, $\pm$ 41, + 33.

OBSERVATION N° 31. — Mme De., 46 ans. Accès maniaque qui se déroule depuis novembre 1951.

Le 17 janvier 1952, granulogramme : N 32, $\pm$ 68.

Le 23 février 1952 : érysipèle de la face (9 érysipèles antérieurs ont comme celui-ci toujours débuté au moment des règles). D'intermédiaire, le granulogramme devient pathologique ; granulogramme : N 15, $\pm$ 62, + 23.

L'accès maniaque traité au début de mai 1952 par 6 électro-narcoses guérit rapidement.

Le 23 mai 1952, granulogramme : N 56, $\pm$ 36, + 8, formule normale.

OBSERVATION N° 32. — Nous allons détailler un peu plus cette observation typique. Mme Fl., 44 ans. L'accès maniaque franc a débuté en juin 1951. Traitée par 29 électro-chocs à l'hôpital Saint-André. Une rémission est suivie aussitôt de rechute. Internement en novembre 1951.

Le 24 décembre 1951, granulogramme : N 33, $\pm$ 56, + 11.

Sédimentation : 47 mm. Test tuberculinique de Jacquelin positif. On entreprend une cure de Sakel.

Le 17 janvier 1952, granulogramme : N 30, $\pm$ 58, + 12.

Sédimentation : 30 mm. Vernes résorcine : 73.

Le 21 février 1952, très légère amélioration de l'état mental ; granulogramme : N 33, $\pm$ 56, + 11. Sédimentation : 22 mm.

Le 15 avril 1952, la cure de Sakel prend fin au 101^e coma. La malade n'est plus qu'hypomane. Douze jours après, elle a retrouvé son état antérieur. Elle reçoit alors 13 électro-narcoses, qui ne donnent qu'un résultat temporaire. L'agitation maniaque reprend aussi violente.

Le 1^{er} juillet 1952, granulogramme : N 72, $\pm$ 24, + 4.

Le 26 novembre 1952, granulogramme : N 85, $\pm$ 14, + 1. Sédimentation : 19 mm.

Cette normalisation du granulogramme, sans amélioration de l'état mental, semble présager un passage à la chronicité. On entreprend un

traitement, qui associe la sulfosine aux injections intra-musculaires d'allochrysine.

Le 2 décembre 1952, granulogramme : N 31, ± 47 , + 22.

Le granulogramme est pathologique. Cette réactivation semble de bon augure.

Le 9 janvier 1953, granulogramme : N 32, ± 52 , + 16. La malade se calme très progressivement.

Le 18 février 1953, granulogramme : N 37, ± 46 , + 17. Sédimentation : 30 mm.

On adjoit la tuberculine par voie sous-cutanée à doses très faibles et progressives. La malade se calme et se met à travailler. A la mi-avril, l'état mental est redevenu normal. En mai, altération de l'état général : asthénie, anémie légère, furonculose avec fièvre.

Le 16 mai 1953, granulogramme : N 25, ± 48 , + 27.

L'état mental reste normal.

II. PSYCHOSES ANCIENNES

20 cas. Granulogrammes : 11 pathologiques, 6 intermédiaires, 3 normaux.

Syndrome de démence précoce

12 cas. Granulogrammes : 8 pathologiques, 3 intermédiaires, 1 normal.

OBSERVATION N° 33. — Mlle Ca., 43 ans. Démence paranoïde évoluant depuis 1948 environ.

Le 9 janvier 1952, granulogramme : N 8, ± 60 , + 32.

OBSERVATION N° 34. — Mlle Me., 32 ans. Démence précoce. Début en 1941.

Le 11 mai 1952, granulogramme : N 11, ± 56 , + 33.

OBSERVATION N° 35. — Mlle de G., 46 ans. Démence précoce. Début en 1925.

Le 20 avril 1953, granulogramme : N 13, ± 46 , + 41.

OBSERVATION N° 36. — Mlle Bo., 40 ans. Démence précoce. Début en 1931.

Le 26 janvier 1952, granulogramme : N 3, ± 37 , + 60.

OBSERVATION N° 37. — Mlle La., 48 ans. Psychose maniaco-dépressive qui a évolué vers la dissociation. Début en 1924.

Le 2 février 1953, granulogramme : N 48, ± 45 , + 7.

Granulogramme panaché difficile à interpréter. Un traitement qui associe la sulfosine aux sels d'or amène une amélioration légère sui-

vie d'une aggravation spectaculaire : confusion, anxiété, impulsions à la violence, refus d'alimentation.

Le 18 mars 1953, granulogramme : N 0, $\pm$ 24, + 76. Type pathologique extrême.

OBSERVATION N° 38. — Mlle La., 56 ans. Psychose maniaco-dépressive ayant évolué vers la désintégration psychique. Début en 1915.

Le 20 avril 1953, granulogramme : N 6, $\pm$ 51, + 43.

OBSERVATION N° 39. — Mme Da., 45 ans. Démence précoce. Début en 1935.

Le 20 avril 1953, granulogramme : N 15, $\pm$ 69, + 16.

OBSERVATION N° 40. — Mme Lo., 50 ans. Délire paranoïde. Début en 1936.

Le 20 avril 1953, granulogramme : N 31, $\pm$ 65, + 4.

OBSERVATION N° 41. — Mme Vi., 47 ans. Délire paranoïde. Début en 1939.

Le 18 mars 1953, granulogramme : N 13, $\pm$ 45, + 42.

OBSERVATION N° 42. — Mlle Du., 22 ans. Démence précoce. Début en 1947. Traitée sans succès par de nombreux électro-chocs et la sulfosine.

Le 28 janvier 1952, granulogramme : N 26, $\pm$ 43, + 31.

Est traitée par la cure de Sakel, qui prend fin le 15 avril 1953 au 92° coma. Strictement aucun résultat.

Le 17 avril 1953, granulogramme : N 16, $\pm$ 48, + 36. Granulogramme inchangé.

OBSERVATION N° 43. — Mme Gr., 46 ans. Démence précoce à forme catatonique. Début avant 1939.

Le 4 mars 1953, granulogramme : N 45, $\pm$ 41, + 14. Formule panachée d'interprétation douteuse.

Le test tuberculinique de Jacquelin est négatif. Pratiqué aussitôt après deux électro-narcoses, il donne une réponse positive. La stimulation électrique a réveillé les réactions de la malade.

Le 16 mars 1953, granulogramme : N 33, $\pm$ 54, + 13. Le granulogramme est devenu intermédiaire.

OBSERVATION N° 44. — Mlle Be., 40 ans. Démence précoce. Début en 1933.

Le 1^{er} décembre 1952, granulogramme : N 58, $\pm$ 40, + 2.

Psychose maniaco-dépressive

4 cas. Granulogrammes : 1 pathologique, 1 intermédiaire, 2 normaux.

OBSERVATION N° 45. — Mme Co., 46 ans. Début en 1932.

Le 29 avril 1953, granulogramme : N 19, $\pm$ 50, + 31.

OBSERVATION N° 46. — Mme Au., 74 ans. Début vers 1928.

Le 26 mars 1953, granulogramme : N 31, $\pm$ 66, + 3.

OBSERVATION N° 47. — Mme Da., 77 ans. Evolution depuis 1900 environ.

Le 29 avril 1953, granulogramme : N 50, $\pm$ 36, + 14.

OBSERVATION N° 48. — Mme Du., 74 ans. Début en 1925.

Le 23 décembre 1951, granulogramme : N 50, $\pm$ 47, + 3.

Psychose hallucinatoire chronique

4 cas. Granulogrammes : 2 pathologiques, 2 intermédiaires.

OBSERVATION N° 49. — Mlle Gi., 62 ans. Début vers 1939.

Le 29 avril 1953, granulogramme : N 6, $\pm$ 83, + 11.

OBSERVATION N° 50. — Mme Vi., 69 ans. Début en 1931.

Le 29 avril 1953, granulogramme : N 6, $\pm$ 48, + 46.

OBSERVATION N° 51. — Mme Ma., 68 ans. Début vers 1938.

Le 24 avril 1953, granulogramme : N 37, $\pm$ 51, + 12.

OBSERVATION N° 52. — Mme Sa., 57 ans. Début vers 1944.

Le 24 avril 1953, granulogramme : N 15, $\pm$ 53, + 32.

III. PSYCHOSES D'ÉTILOGIE CONNUE

11 cas. Granulogrammes : 10 normaux, 1 pathologique.

OBSERVATION N° 53. — Mlle Ca., 61 ans. Mélancolie d'involution.

Le 4 décembre 1952, granulogramme : N 79, $\pm$ 20, + 1.

OBSERVATION N° 54. — Mme Br., 46 ans. Confusion mentale alcoolique. Délire post-onirique.

Le 29 janvier 1953, granulogramme : N 77, $\pm$ 23.

OBSERVATION N° 55. — Mlle Jo., 61 ans. Syndrome d'automatisme mental avec épisodes confusionnels liés à une suppuration bronchique chronique, évoluant sur un terrain présénile.

Le 23 décembre 1952, granulogramme : N 60, $\pm$ 36, + 4.

OBSERVATION N° 56. — Mme So. Paralysie générale.
Le 18 mars 1953, granulogramme : N 73, ± 21 , + 6.

OBSERVATION N° 57. — Mme Bo. Paralysie générale.
Le 18 mars 1953, granulogramme : N 70, ± 27 , + 3.

OBSERVATION N° 58. — Mme Ve. Paralysie générale.
Le 30 avril 1953, granulogramme : N 47, ± 38 , + 15.

OBSERVATION N° 59. — Mme De. Paralysie générale.
Le 30 avril 1953, granulogramme : N 50, ± 35 , + 15.

OBSERVATION N° 60. — Mme Co. Paralysie générale.
Le 7 mai 1953, granulogramme : N 60, ± 24 , + 16.

OBSERVATION N° 61. — Mme Ca. Paralysie générale.
Le 7 mai 1953, granulogramme : N 51, ± 37 , + 12.

OBSERVATION N° 62. — Mlle Di. Paralysie générale.
Le 7 mai 1953, granulogramme : N 51, ± 34 , + 15.

OBSERVATION N° 63. — Mlle Bu., 22 ans. Paralysie générale juvénile, d'origine héréditaire probable. La mère est atteinte de paralysie générale.

Le 7 mai 1953, granulogramme : N 8, ± 12 , + 80, forme très pathologique.

La radioscopie montre un gros hile droit. L'état général est florissant. S'agit-il d'une tuberculose au début ?

Commentaires

Intérêt dans le diagnostic

Un granulogramme négatif élimine pratiquement la tuberculose. Un granulogramme pathologique amène à rechercher une tuberculose dans sa forme commune, latente ou atypique. La pratique systématique du granulogramme a montré à Hyvert qu'on trouve des réponses pathologiques dans 87 % des cas de psychoses primitives, au début de leur évolution. Dans la grande majorité des cas la réponse du granulogramme concorde avec les données cliniques et celles fournies par les examens complémentaires. Parmi ces derniers nous citons dans un ordre pratique : vitesse de sédimentation, Vernes résorcine, test tuberculinique de Jacquelin que l'on répète au besoin, s'il est négatif, après deux électro-chocs (obs. n° 43), enfin séro-agglutination d'Arloing et Courmont malheureusement de réalisation délicate.

Les résultats associés de ces examens viennent donner leur véritable sens à ces constatations cliniques presque constantes au début des psychoses : asthénie, anorexie, pâleur, insomnie, amaigrissement, sub-fébrilité avec poussées épisodiques plus intenses, polynucléose enfin. Nous insistons sur la nécessité d'une étude très soignée des antécédents personnels et familiaux, ce qui demande bien souvent de longues conversations avec les proches.

Nos résultats sont en nombre trop faible pour nous permettre d'asseoir une opinion sur la fréquence de l'étiologie tuberculeuse des psychoses primitives. Cependant, si nous éliminons les observations douteuses (obs. n^{os} 10, 16, 20), nous voyons que sur 29 cas nous enregistrons 17 réponses pathologiques, soit une proportion de 58 % et 9 réponses intermédiaires, soit une proportion de 31 %. Hyvert trouve un granulogramme pathologique dans 80 % des cas, un granulogramme intermédiaire dans 8,7 % des cas. Il est possible que le pourcentage plus élevé de réponses intermédiaires parmi nos observations soit dû au fait que dans l'ensemble nous voyons les malades assez tardivement. Quoi qu'il en soit, une tuberculose latente ou atypique est probablement en jeu dans 26 cas sur 29.

C'est dans les syndromes confusionnels et dans les états dits de démence précoce qu'on obtient le pourcentage le plus élevé de réponses pathologiques, dans les accès maniaques qu'on enregistre le plus faible. Ces résultats concordent parfaitement avec ceux publiés par Hyvert.

Enfin, nous rappelons que lorsqu'une étiologie non tuberculeuse est certaine et seule en jeu, le granulogramme est normal : dix fois sur onze cas dans nos observations. Dans un cas (obs. n^o 63) le résultat est discordant.

Intérêt lors de l'évolution de la psychose

Le granulogramme suit fidèlement la marche des troubles. Il s'aggrave quand l'état mental empire (obs. n^{os} 4, 37), s'améliore dans le cas contraire et revient à la normale lors de la guérison (obs. n^{os} 3, 22, 26). Ces variations du granulogramme peuvent précéder celles correspondantes de l'état mental et permettre de les prévoir, le plus souvent elles les suivent.

Le granulogramme reste inchangé dans les états chroniques et sa fixité est alors remarquable (obs. n^o 42), les thérapeutiques de choc ne l'influencent pas ou peu ou passagèrement lorsqu'en définitive elles ne provoquent pas la guérison (obs. n^{os} 5, 9, 23).

La guérison se produit parfois grâce manifestement au traitement de choc (obs. n° 31), le granulogramme peut alors revenir à la normale.

On enregistre parfois un défaut de parallélisme entre le granulogramme et la clinique. Ainsi, la persistance d'une formule pathologique lors d'une amélioration mentale doit faire craindre la rechute (obs. n° 6).

Par ailleurs, la normalisation du granulogramme sans changement parallèle de l'état mental semble indiquer que la psychose, libérée de sa cause, va évoluer pour son propre compte comme une séquelle peu ou pas réversible (obs. n° 32). Le pronostic se fait alors plus réservé.

On constate dans certains cas (obs. n°s 7 et 32) un phénomène décrit par Hyvert sous le nom de réactivation du granulogramme. Celui-ci devenu normal au cours de l'évolution de la psychose reprend une forme pathologique après une intervention thérapeutique, qu'il s'agisse d'un traitement étiologique ou de choc.

Ces faits, entre autres, ont permis à Hyvert de schématiser comme suit, l'évolution des troubles mentaux d'origine tuberculeuse.

1° Après une phase prodromique inconstante, s'installe une phase de début où les signes d'acuité : confusion, anxiété, excitation intellectuelle et les signes somatiques et biologiques sont au maximum. Le granulogramme est alors très pathologique.

2° Une phase d'installation où se précisent les caractères cliniques de ce que sera la forme psychotique définitive. Les signes de tuberculose atypique ou latente sont encore aisément décelables. Le granulogramme est pathologique ou plus rarement intermédiaire.

3° Une phase de chronicité. Chez certains, des signes de toxémie tuberculeuse persistent indéfiniment sous une forme discrète, ou bien apparaît une localisation viscérale. Dans les deux cas le granulogramme est pathologique ou intermédiaire. Chez d'autres toute trace d'imprégnation disparaît, ce qu'objective la fréquence relative des granulogrammes normaux chez les vieux malades d'asile.

Conclusion

Ces notions n'ont pas comme seul intérêt de permettre une meilleure compréhension des troubles que nous observons. Elles s'achèvent en un acte thérapeutique adapté. Nous étions scepti-

ques au début de nos recherches quant à l'efficacité des traitements dirigés contre l'imprégnation tuberculeuse et avons continué comme auparavant l'application des méthodes éprouvées. Certains cas nous donnent à penser (obs. n^{os} 14 et 32) que cette attitude pourrait être révisée. Mais notre expérience personnelle est encore trop mince. Par contre, nous pensons dès maintenant qu'il serait utile chez les malades mentaux de pratiquer avant toute thérapeutique une investigation complète destinée à déceler une tuberculose atypique ou latente, investigation dont le granulogramme constitue une pièce maîtresse par sa simplicité et sa fidélité.

BIBLIOGRAPHIE SOMMAIRE

- ARLOING (F.), VALLIER, CLAVEL et PASSOT. — Les polynucléaires neutrophiles à granulations pathologiques. *Lyon médical*, mai 1943, p. 405.
- BENDA (R.). — *Le granulo-diagnostic de la tuberculose*, Doin, 1945.
- et URQUIA (D. A.). — La pratique du granulo-diagnostic de la tuberculose. *Le progrès médical*, n^o 8, 24 avril 1947, p. 195-198.
- FAGARD (H.). — *Le granulo-diagnostic en psychiatrie*. Thèse, Paris, 1951.
- HYVERT (M.). — Quelques précisions sur le granulo-diagnostic de la tuberculose au cours des psychoses et psycho-névroses. *Annales médico-psychologiques*, t. II, 1950, p. 262-264.
- *Les tuberculoses atypiques en psychiatrie*, Baillière, 1952.
- et FAGARD (H.). — Transmission au cobaye des modifications des granulogrammes de quelques malades atteints de psychoses primitives. *Annales médico-psychologiques*, juillet 1949, p. 223-226.
- Réactivation du granulogramme. *Annales médico-psychologiques*, décembre 1950, p. 641-644.
- et D'OLLIÈRES (Henry). — Le granulogramme de Benda, témoin de l'évolution des psychoses primitives. *Annales médico-psychologiques*, avril 1947, p. 412-416.
- Le granulo-diagnostic de la tuberculose et les psychoses cryptogénétiques. *Annales médico-psychologiques*, janvier 1947, p. 85-88.
- LATRILLE (J.-L.). — Granulations pathologiques des polynucléaires neutrophiles et tuberculose chez l'enfant. Thèse, Bordeaux, 1947.
- NICOLAS (J.). — Les granulations pathologiques des polynucléaires neutrophiles chez les tuberculeux et au cours de la tuberculose expérimentale du cobaye. *Presse médicale*, 24 février 1942, p. 213-216.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du lundi 9 novembre 1953

Présidence : M. L. MARCHAND, ancien président

PRÉSENTATIONS

Maladie de Pick. Atrophie symétrique considérable des lobes temporaux, par MM. L. MARCHAND, R. BESSIÈRE et D. BONNET.

Du point de vue anatomo-pathologique, il est admis que les lésions cérébrales atrophiques sont plus localisées dans la maladie de Pick et plus diffuses dans la maladie d'Alzheimer. Dans le cas suivant de maladie de Pick, dont le diagnostic avait été posé du vivant du sujet, les lobes temporaux ont subi un tel processus atrophique qu'on peut admettre qu'ils ne jouaient plus aucun rôle fonctionnel.

OBSERVATION. — J. G... est interné d'office le 17 septembre 1947, à l'âge de 65 ans, avec le certificat suivant : « Est atteint de troubles caractérisés par un affaiblissement démentiel, désordre des actes, agitation, verbigération à type hypomaniaque, éthylisme ancien, gros troubles de la mémoire et désorientation. »

D'après l'entourage, les premiers troubles dateraient de trois à quatre ans et se seraient traduits par des sautes d'humeur sans causes précises, des défaillances passagères de la mémoire, des exubérances, des lettres bizarres. J. G... était alors représentant en vins et vivait plutôt mal de son métier. Divorcé, plus ou moins brouillé avec sa famille, il était en ménage avec une femme qui l'abandonna ; il se réfugia chez sa sœur, qui le fit hospitaliser.

Antécédents héréditaires : Aucun renseignement sur les parents de J. G..., qui sont morts jeunes. Une sœur âgée de 69 ans ne sort plus depuis huit mois parce qu'elle éprouve de l'angoisse et des peurs. Le frère jumeau de J. G... est mort il y a deux ans au cours d'une crise cardiaque ; il ne pré-

sentait aucune ressemblance physique avec son frère, et était plus intelligent que lui. Il s'agit de jumeaux bivitellins. En raison des tares héréditaires fréquentes chez les sujets atteints de maladie de Pick, ce renseignement aurait pu être particulièrement important.

Dès son admission à l'Hôpital Sainte-Anne, le diagnostic de maladie de Pick est évoqué sur l'ensemble symptomatique suivant : gros affaiblissement intellectuel, le malade est complètement désorienté, inconscient de sa situation, sujet à de fausses reconnaissances. Sa mémoire est déficiente et il ne semble pas s'en soucier.

Troubles phasiques et gnosiques nets : incapable de nommer les objets les plus simples, de répondre pertinemment aux questions ; ses réponses sont stéréotypées et l'on note des persévérations, des itérations et de la jargonaphasie.

Parfois anxieux, égaré, humeur labile, se dressant sur son lit, interrogeant et interpellant l'entourage ; parfois euphorique, familier, voire grivois.

Activités des plus réduites, reste confiné au lit, se montre par moments turbulent.

L'examen neurologique ne révèle aucun signe de localisation motrice. Les réflexes tendineux sont vifs, les réflexes pupillaires paresseux. Tension artérielle à 18-10 ; Bordet-Wassermann sanguin négatif.

Liquide céphalo-rachidien : 0 gr. 20 d'albumine, 4 leucocytes par mm³ ; Bordet-Wassermann et Meinicke négatifs. Benjoin colloïdal normal.

Le diagnostic de maladie de Pick est confirmé par une encéphalographie gazeuse qui montre, en octobre 1947, une « atrophie cérébrale généralisée très importante, prédominant nettement dans la région frontale, en particulier à gauche ; les ventricules et la citerne rétro-chiasmatique sont notablement distendus ».

Durant les six années de l'internement de J. G..., on assiste à l'accentuation progressive de l'état démentiel. Pendant longtemps, l'activité intellectuelle de J. G... semble se limiter à la quête d'une cigarette lors de la visite du médecin. Puis l'indifférence, l'inconscience et le mutisme ont raison de ces dernières velléités. En même temps, l'état physique s'altère et, en février 1953, le malade meurt après une affection grippale traînante et récidivante compliquée de parotidite et d'urémie (urée 1 gr. 10).

AUTOPSIE. — *Encéphale* : Aucune adhérence méningo-corticale. Réplétion du système veineux et quelques suffusions sanguines au niveau des lobes frontaux.

L'atrophie cérébrale porte presque exclusivement sur les lobes temporaux. Les circonvolutions des lobes frontaux et pariétaux sont peu diminuées de volume ; celles des lobes occipitaux ont conservé leur aspect normal.

Sur les coupes transversales, l'atrophie considérable des lobes temporaux est symétrique. Les circonvolutions sont réduites à des languettes reposant par endroits sur une bande de substance blanche qui n'a que deux millimètres d'épaisseur et forme la paroi des ventricules latéraux. On peut résumer la topographie de l'atrophie en remarquant qu'elle intéresse l'ensemble des lobes temporaux qui bordent les régions moyennes externes des ventricules latéraux et les moitiés inférieures de leurs cornes sphénoïdales ; l'atrophie porte également sur les hippocampes et les cornes d'Ammon.

L'insula participe moins à l'atrophie. Les cornes sphénoïdales des ventricules ont un volume énorme, surtout celle du côté droit.

Aucune trace de ramollissement.

Les noyaux gris centraux et les thalamus semblent peu atrophiés et ne présentent aucune lésion macroscopique. L'aire de projection pyramidale paraît normale.

Le cervelet n'est pas atrophié. Protubérance et bulbe paraissent normaux.

L'hémisphère droit pèse 570 gr., le gauche 550 gr. ; le cervelet et le bulbe 185 gr.

Athérome prononcé des artères de la base.

EXAMEN MICROSCOPIQUE. — *Cerveau. Méninges* : Pie-mère normale. Les vaisseaux sont dilatés. Athérome de certaines artères sans diminution de leur lumière.

Cortex : Au niveau des lobes frontaux, le cortex n'est pas diminué d'épaisseur. La couche moléculaire est le siège d'une légère sclérose névroglique. Dans les autres couches, certaines cellules ont perdu leur forme pyramidale et sont atrophiées. De nombreuses cellules pyramidales ont gardé un aspect normal. Dans les régions motrices, les cellules de Betz ont conservé une forme et un volume normaux ; leur cytoplasma renferme de belles granulations chromophiles bien ordonnées et au Bielschowsky les primitives fibrilles sont bien apparentes. Au Weigert-Pal, on note que la myélinisation du cortex est encore bien conservée au niveau des régions motrices ; seule la strie de Baillarger est peu apparente ; la couche des fibres tangentielles paraît normale. Dans la substance blanche, raréfaction des fibres autour des vaisseaux. Nombreuses petites artérioles ont leurs parois hyalinisées.

Par rapport aux autres lobes cérébraux, les lobes temporaux sont considérablement atrophiés. Ils sont le siège d'une microgyrie, portant aussi bien sur le cortex que sur les axes blancs. On peut estimer qu'ils ont perdu les $\frac{3}{4}$ de leur volume. Alors que la dégénérescence des fibres myéliniques intéresse aussi bien le cortex que la substance blanche, la couche des fibres tangentielles est encore apparente ainsi que quelques faisceaux de fibres associatives entre chaque circonvolution voisine. Certaines cellules du cortex présentent l'aspect « ballonné ». La névroglie est hyperplasiée, surtout au niveau des régions corticales les plus atrophiées. C'est ainsi que tout le cortex des lobes temporaux est le siège d'astrocytes énormes garnis de prolongements nombreux et épais. La prolifération névroglique est irrégulière, sous forme de foyers qui occupent, soit la partie la plus superficielle des circonvolutions, soit les régions les plus profondes : cette gliose est surtout cantonnée à la substance grise. Dans les axes blancs atrophiés, la prolifération névroglique est plus fibrillaire.

Absence complète de la lésion neurofibrillaire d'Alzheimer et de plaques séniles.

Le cortex de l'insula participe à l'atrophie du lobe temporal. A ce niveau, la pie-mère renferme de nombreuses artères dont certaines sont atteintes d'athérome sans oblitération de leur lumière. Dans le cortex de l'insula, les cellules ganglionnaires sont atrophiées et les couches ont perdu toute ordination. L'avant-mur et la capsule externe sont diminués de volume.

Noyaux gris centraux : Le noyau caudé et le putamen ne sont pas atrophiés, mais leurs cellules ont pris une forme globulaire avec disparition

périnucléaire des granulations chromophiles. Raréfaction importante du parenchyme autour des artères intracérébrales.

Couches optiques. — Elles ont conservé leur constitution normale sauf une légère raréfaction du tissu péri-artériel. Les cellules sont nombreuses et non atrophiées. Le locus niger est bien fourni comme cellules pigmentées, qui ont conservé leur volume habituel.

Bulbe : Les altérations sont minimales par rapport à celles du cerveau. On ne note aucune dégénérescence fasciculaire, aucune atrophie des pyramides. Les cellules des noyaux des nerfs craniens, de même que les cellules des olives, ne présentent aucune lésion atrophique. Pas d'atrophie notable du parenchyme autour des vaisseaux.

Quoique le diagnostic clinique entre la maladie de Pick et la maladie d'Alzheimer soit parfois délicat, c'est celui de maladie de Pick qui fut posé dès l'hospitalisation de notre malade ; les symptômes aphasiques et agnosiques, la jargonophasie, le mutisme dominaient le tableau clinique, symptôme en rapport avec l'atrophie des lobes temporaux. L'examen histologique confirme ce diagnostic. En l'absence de plaques séniles et de la lésion neurofibrillaire d'Alzheimer, la présence de cellules « ballonnées » notées dans notre cas sont caractéristiques de la maladie de Pick par rapport à la maladie d'Alzheimer.

Nous ferons remarquer qu'une encéphalographie gazeuse pratiquée dès l'entrée du sujet à l'hôpital avait décelé une atrophie cérébrale généralisée prédominant dans les régions frontales et n'avait pas encore décelé l'atrophie des lobes temporaux, qui devait devenir si prononcée.

Le processus atrophique, qui dans ce cas a fait perdre aux lobes temporaux les trois quarts de leur volume, entraîne quelques réflexions. A propos de toutes les observations de maladie de Pick, on peut faire la remarque que la pathogénie de cette maladie reste obscure. L'affection survient sans cause appréciable ; dans notre cas, on ne peut guère faire état de l'appoint alcoolique, qui ne s'était jamais manifesté par des troubles. L'action de l'artério-sclérose cérébrale est peu importante puisqu'on ne note aucune trace de ramollissement dans le cerveau. Les réactions inflammatoires font totalement défaut. Comme autre particularité, nous insistons sur la symétrie des lésions atrophiques temporales, atrophie qui dans notre cas s'arrête net à l'aire prémotrice, respecte les noyaux gris centraux, les thalamus et l'aire des projections pyramidales. Tenant compte des cas comme le nôtre, on ne peut admettre comme pathogénie une sénilité anticipée ; ils plaident en faveur d'une abiotrophie, d'une encéphalose ; ils peuvent être classés dans le groupe des maladies cérébrales hérédito-dégénératives intéressant un système anatomique comme par exemple le système strié dans la chorée chronique, le système pallidal dans la paralysie agitante.

A propos des atrophies cérébrales précoces post-traumatiques,
par MM. G. BOITTELLE, Cl. BOITTELLE-LENTULO et J. FORGET.

Notre attention a été attirée ces derniers temps par la fréquence des lésions dégénératives du tissu nerveux à type d'atrophie cérébrale d'apparition rapide chez des traumatisés du crâne.

Notre civilisation industrielle multiplie en effet les causes d'accidents, en particulier des traumatismes du crâne, et le rapport de cause à effet entre ceux-ci et les troubles neuro-psychiatriques ne nous paraît pas toujours être l'objet de l'attention des médecins du travail, en particulier dans les mines.

Nous n'ignorons pas combien il est difficile d'étudier objectivement certaines séquelles de traumatismes craniens, surtout dans les conditions qui sont souvent imparties aux médecins du travail. Dans à peu près tous les grands centres industriels, une grande partie de la population est composée d'étrangers ou de Nord-Africains qui sont difficiles à interroger. Nous pensons que l'encéphalographie gazeuse qu'il est dans la plupart des cas assez facile de faire pratiquer, éviterait souvent, tout d'abord de perdre du temps dans l'institution d'un traitement, ensuite d'éviter des discussions inutiles quant aux mesures sociales ou économiques à prendre vis-à-vis de l'accidenté.

Puech insistait sur l'importance dans les formes diffuses d'atrophie cérébrale des troubles de l'hydro-dynamique cérébro-méningée et l'on sait combien certaines manifestations neuro-psychiatriques d'origine post-traumatique peuvent être heureusement influencées et souvent de façon inespérée par le rétablissement d'une tension normale du liquide céphalo-rachidien. Or, souvent nous recevons des centres hospitaliers de la région industrielle des malades atteints de confusion plus ou moins marquée, apparue plus ou moins rapidement, à la suite d'un traumatisme cranien. L'encéphalographie gazeuse permet souvent une nette amélioration des troubles. Sa pratique à l'hôpital général permettrait d'éviter souvent l'envoi vers un établissement psychiatrique, et les observations que nous rapportons nous paraissent s'accorder avec ces considérations, qui apparaissent souvent un peu négligées.

OBSERVATION N° 1. — Andr..., 29 ans, manœuvre. Le malade entre le 7 avril 1952 pour confusion mentale grave, apparue quelques jours auparavant. Le 15 février 1952, il avait subi une fracture du rocher, suivie d'une trépanation à gauche ayant montré un œdème cérébral important. A l'entrée, la confusion est importante, la désorientation temporo-spatiale complète et le malade présente même un aspect démentiel. Une encéphalographie gazeuse (150 cc.) est pratiquée le 20 avril, qui montre une énorme atrophie cérébrale, dilatation ventriculaire symétrique, atrophie corticale frontale. Après l'encéphalographie, les troubles semblent nettement améliorés, il per-

siste cependant une atteinte de la sphère intellectuelle : diminution de l'attention, du jugement, etc... Cependant, au bout de quelques semaines, l'amélioration permet la sortie d'essai. Depuis, le malade a de nouveau été traité dans un service de neurologie.

OBSERVATION N° 2. — J..., 28 ans, mineur. Le malade entre le 4 juin 1952 pour troubles du caractère avec céphalées à prédominance occipitale et insomnies rebelles. Il a été victime en février 1952 d'un accident du travail ayant entraîné une plaie ouverte grave de l'abdomen. Il est traité pour sa blessure de l'abdomen, mais la perte de connaissance qu'il a présentée n'attire pas l'attention du côté cranien. A l'entrée, la palpation du crâne décelé dans la région occipitale une dépression correspondant à une fracture du crâne avec embarrure (radio du 4-6-1952). Une encéphalographie gazeuse pratiquée le 7-6-1952 montre un net début d'atrophie cérébrale à prédominance frontale. L'électro-encéphalogramme est normal. L'examen neurologique est négatif, le fond d'œil normal. Les troubles disparaissent après quelques injections de sulfate de magnésie intraveineux jointes à du phénergan *per os*.

Le malade sort après deux mois, les troubles ont disparu. Après une période d'amélioration, ce malade fut réadmis dans un autre hôpital pour des troubles du caractère de type revendicatif (il avait eu des difficultés au sujet de la pension d'accident du travail).

OBSERVATION N° 3. — Eyp..., 37 ans, manœuvre. Le malade entre le 14-5-1952 pour un état confusionnel. Le 1-5-1952 avait fait une chute de vélo ayant entraîné une période de deux jours de coma. A l'entrée, état confusionnel sérieux ; l'examen neurologique montre des réflexes ostéo-tendineux vifs, une très légère parésie faciale gauche. Fond d'œil normal. La radiographie ne montre pas de fracture du crâne. Une encéphalographie gazeuse (125 cc.) est pratiquée le 20-5-1952 et montre une atrophie frontale nette. Amélioration après l'encéphalographie. L'état confusionnel disparaît, un électro-encéphalogramme est négatif. Le malade sort au bout d'un mois. Depuis, aucune rechute.

OBSERVATION N° 4. — Sp..., 55 ans, manœuvre. Le malade entre au service libre le 8-6-1953 pour céphalées accompagnées de vertiges, d'hypoacousie. L'examen neurologique est négatif en dehors de réflexes très vifs et polycinétiques. Le 28-6-1952, il avait présenté un accident de mine et le 17-7-1952 un autre avec perte de connaissance et séjour de 4 mois à l'hôpital. La radiographie du crâne ne montre rien en tant que fracture. L'encéphalographie gazeuse pratiquée le 16 juin (125 cc.) montre une énorme atrophie frontale. Les troubles diminuent après l'encéphalographie. L'adjonction de petits sédatifs entraîne une nette amélioration et la sortie se fait le 16 juillet 1953.

OBSERVATION N° 5. — Gac7..., 65 ans, ancien mineur. Ce malade entre au service libre le 12 avril 1953 pour agitation psycho-motrice apparue quelques jours auparavant. Le malade a subi un traumatisme cranien (fracture temporale droite datant du 23 février 1953). A l'admission, il s'agit d'un état subconfusionnel avec mauvais état général. Le malade présente en effet une silicose pour laquelle il est d'ailleurs traité depuis déjà longtemps. L'examen neurologique est négatif. Une radiographie confirme la fracture.

Le 15 avril 1953, une encéphalographie gazeuse est pratiquée (150 cc.) et montre une énorme dilatation ventriculaire avec atrophie frontale. L'évolution se fait vers la démence, désordre des actes, affaiblissement intellectuel. Le malade doit être passé en service fermé.

OBSERVATION N° 6. — Ke..., 58 ans. Ce malade entre le 12 août 1952 pour confusion mentale, avec troubles du comportement. Ancien tailleur, il s'était placé comme ouvrier de ferme. Le 18 juillet 1952, tombe d'un grenier et perd connaissance. A son réveil, comportement anormal avec désorientation temporo-spatiale, désordre des actes. De plus, amnésie lacunaire recouvrant toute la période de l'accident. A l'entrée, il se comporte comme un confusodémientiel. Examen neurologique normal. Une radiographie du crâne ne montre rien. Le 24 août 1952, une encéphalographie gazeuse est pratiquée de 150 cc., et montre une grosse atrophie cérébrale et une très importante dilatation ventriculaire. Quelques jours après, nette amélioration des troubles. Le malade travaille actuellement comme tailleur, mais il subsiste un léger affaiblissement intellectuel et il ne se souvient pas de l'accident.

Ces observations nous ont paru présenter un certain intérêt, car les faits constatés chez presque tous nos malades sont :

1) l'apparition rapide de l'atrophie cérébrale dans des délais variant de quinze jours à quatre mois, un seul de nos malades avait présenté l'accident du crâne un an avant son admission dans notre service, et de tous il était le moins atteint ; l'atrophie cérébrale apparaît quelle que soit l'intensité du traumatisme avec ou sans fracture ;

2) la fréquence des états confusionnels paraît être remarquable, quatre de nos malades ont été envoyés pour état confusionnel ; ces états apparaissent dans un laps de temps variable après l'accident : de quelques jours à deux mois ; si l'apparition, immédiatement après le traumatisme d'accidents psychiques de ce type n'a rien qui doive surprendre, par contre, la notion d'une période blanche plus ou moins longue entre le traumatisme et les troubles ayant nécessité le passage en psychiatrie doit attirer l'attention ; généralement, plus le laps de temps est grand, plus il semble que les troubles soient d'un pronostic réservé (?) ;

3) si deux de nos malades présentaient des symptômes de la série syndrome subjectif des traumatisés du crâne, par contre, au décours des états confusionnels, nous n'en avons pas observé ;

4) l'évolution chez les malades confus se fait rapidement, soit vers une *restitutio ad integrum*, soit vers un affaiblissement intellectuel, il semble ne pas y avoir de juste milieu ; la possibilité d'une action thérapeutique de l'encéphalographie gazeuse est incontestable ;

5) la constatation d'une atrophie précoce intéressant le cortex et les ventricules latéraux doit faire suspecter une évolution vers un état d'affaiblissement intellectuel et être un guide précieux pour le pronostic et l'appréciation du taux d'invalidité. D'autre part, la difficulté est grande pour apprécier le taux d'invalidité chez les traumatisés du crâne, qui continuent de présenter des troubles de la série

subjective, d'autant plus que souvent (observation 2), les désordres du caractère post-traumatiques entraînent ces malades à la revendication et c'est alors que la constatation d'une atrophie cérébrale peut apporter une aide puissante à l'expert.

Tentative de suicide par le tétraéthylthiurane, par MM. G. BOITTELLE, Cl. BOITTELLE-LENTULO, J. FORGET et A. ANTOINE.

Nous avons rapporté en mai 1952, dans cette société, un certain nombre de confusions mentales apparues à la suite d'ingestion de tétra-éthylthiurane sans prise d'alcool. Nous avons eu l'occasion de revenir sur ce problème au congrès de Pau et d'en apporter de nouvelles observations. Dans ce dernier travail, nous faisons allusion aussi à un suicide à la suite de l'ingestion d'une quantité importante de cette drogue. Nous rapportons aujourd'hui cette observation. A notre connaissance, en effet, ces suicides par le tétra-éthylthiurane semblent être encore fort rares et nous n'en avons pas relevé d'observation dans la littérature.

OBSERVATION. — M. Ch..., âgé de 55 ans, alcoolique chronique, avait été soumis à une cure de tétra-éthylthiurane par son médecin traitant. Il a suivi cette cure pendant quatre mois et a rechuté dans ses habitudes d'intempérance. De lui-même, pour se punir de reboire, il a pris deux comprimés de tétra-éthylthiurane par jour ; à ce moment d'ailleurs il semble, d'après le médecin traitant, avoir présenté un petit état dépressif, s'accusant en particulier de ne pouvoir se passer de boisson. Selon le fils du malade, deux jours avant la tentative de suicide, il aurait présenté un état psychopathique un peu différent avec euphorie, confusion, disparition de toute initiative, indifférence. Le médecin qui le voit alors le traite par des diurétiques, qui entraînent une disparition des troubles en trois jours, puis dès qu'il fut sorti de cet état, il tenta de se suicider, en absorbant, d'après son fils, une douzaine de comprimés de tétra-éthylthiurane. Il resta alors dans un état de confusion mentale pendant deux jours, puis cet état s'aggrava, céda la place à un coma progressif, et le malade nous fut amené à Lorquin, où il arriva agonisant. Le coma était complet, avec disparition de tous les réflexes, hypotonie musculaire totale, respiration stertoreuse, tension artérielle 18/9. Un dosage de l'urée sanguine fut à 0,34. Le malade fut soumis à un traitement purement symptomatique et décéda rapidement dans un état de collapsus avec hypothermie. L'autopsie n'a pas pu être pratiquée.

Il est difficile d'inférer le seul cas concernant une tentative de suicide à la toxicité d'une drogue, mais il nous semble venir confirmer l'opinion que nous avons déjà depuis quelque temps de la non-innocuité du tétra-éthylthiurane, au compte duquel déjà des états confusionnels et de l'asthénie ont pu être imputés.

Rémission obtenue et entretenue à volonté chez des déments précoces anciens par les électrochocs appliqués à un rythme convenable, par MM. P. SIVADON, J. ALIZON et P. LE GALLAIS.

Dans un article des Archives de São-Paulo de 1947, intitulé « Electrochothérapie », Mario Yahn et Paulo de Barros signalent à côté de la « méthode simple » d'application des électro-chocs une « méthode spéciale », consistant à provoquer deux crises dans la même journée jusqu'à obtention d'un état confusionnel important — méthode qu'ils réservent aux schizophrénies anciennes avec « grande désagrégation », après échec des méthodes habituelles. Ils font observer que Cerletti et Bini, en 1938, avaient déjà utilisé ce procédé dans la schizophrénie chronique, et rappellent que Kerman a insisté en 1945 sur le rôle du facteur « rythme d'application », aussi important à ses yeux que le nombre total des électro-chocs.

A la Société médico-psychologique, MM. Heuyer, Lebovici et Amado exposaient le 12 janvier 1948 la méthode de l'Anglais Strawn, qui avait pratiqué jusqu'à six chocs par jour, et donnaient leurs propres résultats. Des psychiatres du Mexique et de la Palestine nous parlaient de séries extrêmement intensives. M. Ollivier, proposant à la Société médico-psychologique, le 3 novembre 1948, sa technique de chocs doubles, soulevait très clairement la question de la valeur propre du rythme d'application.

Nous pourrions citer d'autres noms, d'autres affirmations du même ordre. Et tout cela aboutit, au 1^{er} Congrès mondial de psychiatrie, à une discussion pauvre et floue nous apprenant que la « plupart des » auteurs se contentent de deux à trois chocs par semaine... ».

Il semble bien : qu'il existe une résistance très répandue, d'autant plus difficile à vaincre qu'elle est mal étayée, à toute intensification du rythme des chocs ; que le facteur « rythme » ne reçoit pas communément toute l'attention qu'il mérite.

Une expérience thérapeutique de plusieurs années nous a confirmé qu'il existe une différence véritablement qualitative entre les effets de l'électro-choc, suivant qu'il est administré de façon espacée ou rapprochée. Dans notre communication du 14 janvier 1952 : « Syndrome catatonique suspendu par les traitements de choc », nous insistions sur le rôle du rythme d'application (alors quotidien), nous réservant de revenir sur ce point.

Donnons d'abord des nouvelles de deux de nos malades présentés ce jour-là : *Francis* se recatatonise progressivement tous les quinze à vingt jours ; deux chocs séparés par un intervalle de 24 heures dissipent la rechute qu'il sent revenir. Il déclare alors : « Il va falloir me *dégourdir* avec votre traitement. » La qualité des rémissions a cessé d'augmenter ; le malade plafonne — mais voilà maintenant

plus de deux ans qu'on le maintient en activité, après des années de stupeur catatonique continue.

Maurice terminait en juillet sa deuxième année d'entretien. Sa « dose » était plus forte que celle de Francis : cinq chocs en cinq jours, sa rémission plus longue. On pouvait distinguer chez lui quelques jours de quasi-guérison (au cours desquels sa famille le faisait sortir), puis la remise en évidence du délire d'influence un instant estompé, puis le développement progressif du négativisme — enfin notre intervention. Un essai systématique d'arrêt du traitement l'a fait retomber dans son marasme initial. Puis il a été transféré en province où, en raison de la rupture du rythme d'entretien, il a fallu une série beaucoup plus importante d'électro-chocs pour obtenir un résultat inférieur aux nôtres.

Un à un, d'autres patients ont été mis au traitement. Comme les premiers, nous les avons traités « sur mesure », ce qui nous a conduit chez certains à utiliser les chocs pluri-quotidiens, une fois constaté l'échec d'un rythme immédiatement inférieur.

Il s'agit de déments précoces très avancés et anciens, non modifiés par des traitements nombreux. Nous nous adressons de préférence aux catatoniques et plus généralement à ceux chez qui les symptômes d'inhibition font l'essentiel du tableau. Mais un schizomaniaque a également répondu favorablement à la cure.

Notre pratique thérapeutique déborde ce cadre volontairement étroit. Nous avons maintes fois vérifié que le choc quotidien, simple ou double, est le traitement de choix de l'accès maniaque — mais c'est là une notion maintenant bien connue. Nous avons vu une psychose périodique, aux récurrences rapprochées, céder enfin à douze chocs répartis sur quatre jours — mais il y a cinq ans déjà, MM. Heuyer et Garand faisaient état d'un résultat analogue. Et nous ne sommes pas les seuls à avoir vérifié, après M. Delmas-Marsalet, que l'électro-choc quotidien a une action décisive sur l'évolution des états confusionnels fébriles et azotémiques.

Au contraire, les essais dont nous vous rendons compte apportent, croyons-nous, quelque chose de nouveau — les malades auxquels ils s'adressent étant couramment abandonnés, comme ayant « épuisé toute la gamme des traitements ».

OBSERVATION. — Robert, 30 ans, tourneur ; hétérophrénocatatonie ayant débuté il y a sept ou huit ans.

Premier internement en 1948 pour état dépressif atypique, s'enrichissant bientôt d'une riche symptomatologie hétérophrénique.

Une série classique d'électro-chocs se montre inefficace et deux cures de Sakel n'empêchent pas l'évolution vers un état catatonique, avec des impulsions extrêmement dangereuses chez cet ancien boxeur amateur. En 1950, on fait faire une topectomie, qui n'a d'autre résultat que de remettre le malade sur ses pieds (jusque-là il se tenait en permanence debout sur la tête et les mains). Une cure de sommeil, une troisième cure de Sakel avec chocs cardiazoliques n'ont aucun effet.

En 1952, on pratique une cure de Strawn (4 chocs par jour pendant trois jours). Le quatrième jour, tout le pavillon est en émoi : Robert est littéralement « ressuscité ». Avenant, prévenant, il cherche à aider le personnel, raconte des souvenirs de jeunesse et paraît avoir oublié son internement : « Nous sommes en 1952 ? Il y a cinq ans que je suis là ? Qu'est-ce que c'est, cet établissement ? Ils sont un peu bizarres tous ces gens-là ? »

Mais cette merveilleuse rémission est fugitive. On essaie d'enrayer la rechute avec des maxiton-électro-chocs, des chocs simples, du cardiazol ; pas de succès.

Il est ainsi expérimentalement avéré que la « dose minimum » nécessaire à Robert est de plusieurs chocs par jour. C'est beaucoup pour un traitement d'entretien, et nous croyons devoir abandonner le malade à son sort. Mais comment supporter longtemps le spectacle de cette brute gâteuse et coprophage lorsqu'on sait qu'en trois jours on peut en refaire un être humain ? De mars à juin 1953, il a reçu trois cures identiques entraînant la même métamorphose. Il a pu faire plusieurs séjours en pavillon libre, sortir en ville, et, en juin, partir en vacances avec sa famille. Voici la lettre de sa mère : « ...Il est content de retrouver sa grand-mère, il n'arrête pas de « demander des nouvelles de tout le pays. Nous allons nous promener tous « les jours et il écoute bien quand on lui fait une petite remarque. Il est « très calme et cherche à s'occuper... »

Bien sûr, il a fallu écourter les vacances : Robert devenait distrait, peu loquace ; on lui a fait reprendre le train pendant qu'il en était encore capable. Mais la cure d'entretien a été poursuivie et depuis trois mois Robert vit en famille. Ses proches nous le ramènent au premier signe de fléchissement pour recevoir 5 électro-chocs répartis sur trois jours, dose actuellement nécessaire et suffisante.

C'est là une observation-type, concernant un « bon cas ». Dans la dizaine d'observations que nous pourrions rapporter à la suite, une seule y est exactement superposable. Un autre très bon cas est assombri par l'hostilité de la femme, qui empêche de faire sortir le malade de l'hôpital où il travaille régulièrement.

Un autre, trop longtemps conservé par sa famille malgré nos recommandations, a fait une rechute profonde ; il refuse obstinément de revenir à l'hôpital et doit végéter à son domicile. D'autres, plus récemment pris en mains, ne sont pas encore parvenus au plafond de leurs possibilités et au minimum souhaitable de séances.

Enfin, avouons-le, plusieurs ont été abandonnés : il est plus difficile qu'on ne pourrait croire d'assurer une telle continuité dans le traitement...

A part le schizomane, nos malades se soumettent facilement au traitement (nous avons vu que Francis le réclame). Ils n'ont pas du tout l'impression d'avoir été soumis à une torture médiévale, et certaines de leurs déclarations spontanées nous renseignent sur ce qu'éprouve un catatonique : « Je me sens plus élastique dans mes muscles », dit l'un ; « je me sens dégourdi », dit l'autre.

En résumé, nous avons mis en évidence la grande sensibilité de

déments précoces avancés à la sismothérapie pourvu que les *électro-chocs soient assez rapprochés* (pas plus de 24 heures entre deux séances). Le schéma thérapeutique varie d'un malade à un autre : on l'élaborera par tâtonnements, non en multipliant les chocs, *mais en les rapprochant*.

C'est une œuvre de longue haleine, et lorsqu'on entreprend une cure on doit être résolu à la poursuivre pendant des années. On ne doit pas être rebuté par la disproportion entre les moyens mis en œuvre et la brièveté des premières rémissions : celles-ci vont augmenter peu à peu de durée, tandis que diminuera le nombre minimum utile des électro-chocs. L'amélioration de la qualité des rémissions nous paraît aussi à peu près constante — non par une action spécifique des électro-chocs, mais, comme MM. Wertheimer et Angel avec la lobotomie (*Annales médico-psychologiques*, 1951, t. I, p. 522), nous pensons « détruire la fixité organique de la maladie. A partir d'une modification fonctionnelle cérébrale... devient possible l'action psychologique et sociale ».

C'est dire que l'utilisation de la rémission doit être prévue avant la cure : on ne ramène pas à la vie un catatonique pour le faire tourner en rond dans une cour d'asile. Utilisation facilitée par l'attitude extrêmement participante d'un personnel émerveillé de la métamorphose des « croûtons » les plus confirmés du service.

Pourrait-on prouver biologiquement la spécificité d'action des électro-chocs rapprochés ? M. Dumont, interne en pharmacie, avait bien voulu entreprendre le délicat dosage des 11-oxy-stéroïdes dans l'urine de nos patients au cours de quelques cures. Comparant les taux d'excrétion, il nous avait fourni des courbes qui semblaient montrer une sommation des excitations sécrétoires jusqu'au début du troisième jour. Malheureusement, ces cures se sont accompagnées d'une chute de la diurèse, et si l'on tient compte de ce facteur, on obtient de nouvelles courbes, non significatives celles-là.

On nous reprochera certainement de ne pas avoir suivi nos malades à l'électro-encéphalogramme. Mais Ville-Evrard ne possédant toujours pas son propre appareil, nous n'avons pu mettre sur pied le contrôle régulier qui seul présentait un intérêt.

Quel que soit l'avenir éloigné de ces malades, nous n'avons pas de scrupules. Nous les tirons d'un marasme vieux de plusieurs années et dont ils ne sortent plus. M. H. Baruk nous a parlé (« Précis de psychiatrie », p. 432), de « ces admirables familles... à l'inlassable patience..., au dévouement et à la piété parfois payée d'un miracle bien mérité : la guérison ». A ces admirables familles, nous fournissons un miracle bi-mensuel.

Accessoirement, nous avons constaté que, dans ses échecs comme dans ses succès, la psychochirurgie respecte les potentialités de l'individu puisque les lobotomisés réagissent aussi bien que les autres à notre thérapeutique.

DISCUSSION

M. L. MARCHAND. — évoque l'article de Stevenson et collaborateurs (*Am. J. of Psy.*, avril 1951) qu'il a résumé dans les *Annales médico-psychologiques* de juin 1953, préconisant l'application d'un électro-choc mensuel chez les maniaco-dépressifs.

Il demande si les rémissions consistent en un simple réveil de l'affectivité et de la sociabilité, réveils que peuvent produire des causes intercurrentes variées (une fièvre typhoïde par exemple), ou si elles permettent une activité utile.

M. X. ABÉLY. — demande s'il n'y a pas eu d'accident chez les sujets antérieurement lobotomisés.

M. P. ABÉLY. — s'étonne de la « facilitation » qui se manifeste en cours de traitement. Il craint qu'on ne finisse à la longue par épuiser les possibilités de réponse surrénale sous l'influence de l'A.C.T.H. ainsi déclenchée.

M. R. BESSIÈRE. — connaît une schizophrénie maintenue en rémission depuis des années par des électro-chocs régulièrement appliqués.

M. J. ALIZON. — répond à M. Marchand que la plupart de ses malades avaient déjà subi une pyrétothérapie sans résultat appréciable. La rémission, pour être valable, doit au moins permettre de mettre le malade au travail ; — à M. X. Abély, qu'il n'y a eu aucun accident ; — à M. P. Abély, que deux sujets sont traités sans interruption depuis plus de deux ans.

« Analyse thérapeutique » d'un état schizophrénique, par MM. P. SIVADON et J. ALIZON

A l'occasion d'un des traitements que nous avons décrits dans la précédente communication, nous avons observé un fait clinique qui nous paraît pouvoir être versé, sans autre commentaire, au dossier de la psychopathologie schizophrénique.

OBSERVATION. — François, 24 ans, sellier. Hébéphrénocatatonie.

Début insidieux en 1943 par des troubles du cours de la pensée et un effondrement des résultats scolaires. Passe en école professionnelle, puis travaille. Est simplement considéré comme lent et paresseux jusqu'en 1949, époque où il développe un délire érotomaniaque vis-à-vis d'Anaïs, la fille de son patron.

Interné en 1950 avec un délire érotomystique d'expression assez stéréotypée, des phénomènes d'influence pauvres mais certains, une inactivité complète.

Une cure de Sakel n'a pas d'effet appréciable.

En novembre 1950, François présente un état catatonique constitué progressivement avec concentration autistique. L'air préoccupé, les sourcils froncés, il reste interminablement immobile, puis prend brusquement les passants à témoin : « Dieu m'a fait aimer de toute vivacité une personne, « et c'est à ça que je tends. C'est quelque chose de continu en moi qui, « tout en vivant, Dieu me donnant cet amour, me fait tendre à cette jeune « femme... ». Très opposant, il refuse de se laisser distraire de sa réflexion.

Le rétrécissement du champ de la conscience progresse rapidement ; un

mois plus tard, l'expression du délire se réduit à : « Dieu est amour..., « Dieu veut l'amour..., donc Dieu veut que j'aie l'amour !!! », crié avec une exaspération qui entraîne souvent François à distribuer au hasard des coups de poing. L'inertie a également progressé : il urine maintenant dans son pantalon.

Il subit une cure de thi-lip (10 accès fébriles), suivie d'injections de cardiazol (4 crises convulsives). Plusieurs râtés ayant entraîné le refus des piqûres, on enchaîne sur deux électro-chocs à trois jours d'intervalle. Toujours pas de résultat. On termine alors par des électro-chocs quotidiens (4), qui *transforment complètement le malade* par liquidation de tous les symptômes relevant de l'inhibition psychomotrice aussi bien que psychique. Il expose avec entrain un délire érotomaniacal, type de Clérambault, sans aucun trait schizophrénique. La conviction est naturellement absolue. L'accumulation classique des preuves implique une excellente remémoration ; interrogé à ce sujet, François déclare : « Votre traitement m'a rap-
« pelé un tas de détails que j'avais oubliés... »

Il sort en permission dans sa famille. Les visiteurs stupéfaits s'écrient : « Il est guéri. » Mais il revient progressivement à son état initial, et sa mère nous le ramène au bout de deux mois.

Il reçoit aussitôt 7 électro-chocs (un par jour), qui dissipent toute inhibition mais sont suivis d'une excitation extrême. On reprend le thi-lip, suivi aussitôt d'électro-chocs quotidiens, qui refont de François un érotomane simple.

A la rechute, on décide d'appliquer une cure de Strawn, dans l'espoir d'une rémission plus durable. Il reçoit en trois jours, fin octobre 1951, 12 électro-chocs, qui le mettent en état de confusion mentale. Dans les semaines consécutives, François sera successivement : un confus mystique ; un gentil hypomane un peu dysmnésique ; un individu apparemment guéri : éveillé, complaisant, travailleur, seulement un peu euphorique et rationalisant ; puis enfin, un monomane. Il se ralentit, rétrécit le champ de ses préoccupations, éprouve douloureusement le caractère incommunicable de l'évidence qu'il porte en lui : « Je vous parle d'amitié et vous me répon-
« dez électro-chocs ! »

Le thème délirant s'est curieusement modifié, semblant démontrer le bien-fondé de la théorie du moment fécond de l'expérience délirante : « Anaïs » et l'amour n'ont pas survécu aux électro-chocs, mais l'autre nuit François a rêvé d'un ami perdu de vue depuis longtemps, a eu l'intuition que cet ami pouvait l'aider à résoudre ses problèmes et depuis importune tout un chacun avec son « ami de Besançon », « l'amitié », etc...

La structure délirante a été suffisamment ébranlée pour que son contenu puisse se modifier à l'occasion d'une expérience aussi banale qu'un rêve nocturne, mais le nouveau délire s'est reconstruit selon l'ancien schéma.

La séance est levée à 11 heures 40.

Le secrétaire général,
Paul ABÉLY.

Séance du lundi 23 novembre 1953

Présidence : M. G. HEUYER, ancien président

COMMUNICATIONS

Réactivations post-grippales de la psychose maniaque dépressive, par MM. H. DAUSSY et F. MARS (de Pontorson).

Il y a plusieurs années déjà que l'un de nous a pu relever, au printemps, l'existence d'un état grippal dans les semaines qui précéderent l'accès de psychose périodique. La grippe était plus ou moins récente, plus ou moins liée à l'accident psychique, et l'on était passé progressivement de l'habituelle asthénie post-grippale à la dépression mélancolique ou, plus rarement, à l'agitation maniaque.

Au cours de l'épidémie de 1953, nous avons vu encore des cas analogues. Trois d'entre eux nous ont paru assez démonstratifs pour nous convaincre qu'avec une certaine fréquence la grippe déclenche l'accès de psychose maniaque-dépressive.

OBSERVATION 1. — Mme Célestine P..., 70 ans, est internée le 11 juillet 1952, pour accès maniaque. Toutefois, des renseignements font ressortir l'importance de l'appoint éthylique.

L'examen somatique ne montre aucune particularité notable. Azotémie : 0,25. Glycémie : 0,95. Réactions sérologiques : négatives. Tension artérielle : 16/9 au Vaquez.

Un traitement par électro-chocs avec coramine intra-veineuse donne un résultat à demi satisfaisant et, à partir de septembre, il y a sédation de l'exaltation psycho-motrice ; la malade s'adapte au service des « tranquilles », y accomplissant quelques travaux. L'affaiblissement intellectuel semble important mais il se réduira progressivement après une cure de désintoxication par strychnine, vitamines B, et extrait hépatique, pour aboutir à la présentation normale d'une femme de son âge et de son milieu.

Fin janvier 1953, sa sortie était envisagée lorsque Mme Célestine P... fait une grippe banale : température maximum à 39°5, la courbe fébrile dessine le V habituel, l'état général est peu altéré, aucune localisation viscérale, ni délire, ni confusion mais, coïncidant exactement avec la défervescence thermique (de 39° à 37° en douze heures), la malade fait, le 5 février, un nouvel accès maniaque. L'agitation est cependant moins intense que lors de l'accès précédent et aucune thérapeutique n'est instituée. L'agitation diminue progressivement et, en juillet, il ne subsiste qu'une discrète hypomanie.

OBSERVATION 2. — Mme Léa B..., 24 ans, pyknique, entre le 23 mars 1953 pour « dépression nerveuse avec idées de suicide ».

Azotémie : 0,24. Glycémie : 0,80. Tension au Vaquez : 17/10 ; urines, température et pouls sont normaux. Bordet-Wassermann = négatif. L'examen neurologique est absolument négatif.

Signes de petite insuffisance hépatique : conjonctives ictériques, xanthélasma, langue saburrale, météorisme abdominal, constipation. La zone vésiculaire est douloureuse au palper et la notion de « crises de foie » antérieures nous est spontanément apportée par la malade, qu'on ne peut, par ailleurs, considérer comme hypocondriaque.

Il y a quatre ans, Mme Léa B... avait présenté des troubles analogues à ceux qui l'amènent ici. Ces « mauvaises idées » ont disparu en quelques semaines. L'autoanalyse du début du second accès est caractéristique : « J'ai fait une forte grippe ; après plusieurs jours de température, je me suis endormie, un soir, avec 39° ; le lendemain, j'avais 36°9 le matin ; mais, « en même temps que la fièvre de la grippe cessait, les mauvaises idées m'ont reprise, je n'ai pu m'en défaire... »

Pas de confusion mentale : le tableau est nettement celui d'une mélancolie anxieuse, avec l'oméga et jusqu'aux idées de culpabilité envers sa famille qu'elle a « laissée à l'abandon ».

Traitée par le cardiazol (3 injections), puis par 7 électro-chocs prolongés, la malade, après un épisode d'intense agitation anxieuse, calmé seulement par le largactil intra-veineux, sort le 26 avril.

Nous avons revu Mme Léa B... ce mois-ci : elle venait de conduire à l'hôpital général son fils, âgé de 2 ans, dont l'état paraissait grave au médecin traitant. Or, dans cette circonstance, où l'anxiété eût semblé normale, la maman était euphorique ; elle venait indubitablement de faire un nouvel accès réactionnel, en hypomanie cette fois.

OBSERVATION 3. — Mme Catherine L..., 61 ans, est internée le 25 mai 1953 à la suite d'une tentative de suicide au gaz. Il s'agit d'un raptus anxieux surgissant au cours d'un état psychopathique évoluant vers l'aggravation depuis plusieurs semaines, et dont les premières manifestations débutèrent en février après une grippe banale.

Depuis deux mois, Mme Catherine L... ne tient plus son ménage, ne mange plus et ne quitte son lit que sur les incitations réitérées de son entourage. Sa tension artérielle est tombée en quinze jours de 22/10 à 15/9 ; l'asthénie, qui ne la quittait pas depuis février, est allée en s'accroissant et il y a une semaine elle a ressenti des douleurs dans les genoux tandis que ses jambes se dérobaient sous elle, ce qui l'a frappée.

La présentation est nettement celle d'une mélancolie : faciès triste et figé, un peu stuporeux, oméga.

Pas de confusion, pas de plaintes spontanées, mais quand on l'interroge, elle accuse une céphalée persistante et exprime pêle-mêle ses symptômes physiques, la honte de s'être laissée aller à un geste de suicide et des sentiments de culpabilité à l'égard de son mari, « dont la situation sera compromise », de sa famille « qu'elle a déshonorée ».

Les petits troubles habituels de la sphère digestive ne manquent pas : langue saburrale, constipation.

Réflexes tendineux un peu vifs, légère trémulation digitale, ébauche de persévération cataleptique, sont tout ce qui ressort de l'examen neurologique.

La tension artérielle est de 13/7 au Vaquez. Le pouls, bien frappé, bat à 86. Rien dans les urines. Bordet-Wassermann : négatif. Azotémie : 0,36. Glycémie : 0,96.

Il semble que Mme Catherine L... soit le seul membre de sa famille, par ailleurs nombreuse, à avoir manifesté des signes de la série cyclothymique car cet accès, à péripétie dramatique, qui amène l'internement, n'est pas le premier.

En 1944, elle a fait son premier accident avec refus d'aliments, station au lit, mutisme, pour lequel elle fut soignée à la Salpêtrière, dans le service du professeur Michaux. Elle en sortit guérie au bout d'un mois après électro-choc.

À la fin de l'hiver 1950, deuxième accès. Un traitement par le suxil amène la guérison en milieu familial.

Troisième accès en novembre 1952. Le suxil reste cette fois sans effet et Mme Catherine L... entre dans notre service libre. La cure (électro-narcoïse) doit être abandonnée en raison des crises anxieuses et la malade sort au bout de moins d'un mois, améliorée mais non guérie.

Mme Catherine L... est sortie le 25 juillet, après six électrochocs prolongés, en excellente santé.

On pourrait penser que ces accès post-grippaux de la psychose maniaque-dépressive constituent des faits bien établis et sur lesquels il est superflu de revenir. Peut-être, mais, ayant fait des recherches aussi complètes que le permettait notre bibliothèque, nous avons constaté que, pour la plupart des auteurs, la notion de psychose post-grippale se résume, en pratique, à la connaissance de confusions mentales et de délires oniriques, soit guérissant sans séquelle comme dans l'observation de Beaudoin et Chaslin, soit évoluant ultérieurement vers le délire systématisé ou vers la démence précoce comme dans les observations de Voisin et de Toulouse et Courtois. Si, en 1909, Rougé n'hésitait pas à écrire : « Les psychoses grippales de la « convalescence revêtent habituellement les formes de la manie et « de la mélancolie », postérieurement à cette date, rares sont les auteurs qui, tels Plane, Rogues de Fursac, Barstra, affirment la fréquence de ces syndromes. Urechia n'en recueille que quatre cas sur un total de trente-cinq psychoses grippales, mais il a bien vu que la psychose maniaque-dépressive n'était pas créée, mais seulement révélée par la grippe. C'est aussi l'opinion de Bostroem. Pour Dide et Guiraud, « plus encore que les états maniaques, des états mélancoliques plus ou moins purs s'observent assez souvent au début, au cours ou à la fin » de la grippe ; mais ils ajoutent : « En général, le « tableau clinique diffère sensiblement de celui des états dépressifs « périodiques... Ces états mélancoliques peuvent guérir et récidiver « suivant les recrudescences de l'affection causale, ce qui complique « encore le diagnostic avec la psychose maniaque-dépressive », et ces auteurs, comme Marchand, comme Targowla, rangent ces cas sous la rubrique : « Encéphalites psychosiques subaiguës à virus grippal ».

Nous avons encore relevé cinq observations se rapprochant davantage des nôtres et où la grippe joue un rôle déclenchant dans la folie périodique.

Dans un cas de Benon, il s'agit d'un homme de 37 ans qui, après une grippe, fait un accès de dépression mélancolique avec idées de suicide puis, spontanément, deux accès ultérieurs. Et, dans une autre étude, le même auteur écrit : « Ces faits (accès secondaire à l'infection constatée) sont rares. »

Targowla et Lamache rapportent un cas de mélancolie anxieuse consécutive à une grippe avec angine, chez une femme de 30 ans qui guérit en un mois. Smith expose l'apparition d'accès déclenchés par des causes exogènes chez deux jumelles monovitelles, habituellement hyperthymiques : l'une fait deux accès mélancoliques, le premier post-puerpéral, le second post-pneumonique ; sa sœur fait un accès maniaque au décours d'une grippe banale.

Enfin, Le Mappian rapporte un cas de mélancolie déclenché par la grippe chez une femme de 53 ans anxieuse et obsédée depuis l'enfance, et Kammerer relate l'histoire d'une femme de 59 ans, cyclothymique avec tendances hypochondriaques. Elle a fait trois accès de mélancolie anxieuse au cours de sa vie ; le troisième débuta au décours d'une grippe bénigne, l'état psychopathique se réinstalla de façon progressive, la malade (comme dans notre observation 3) semblant méditer et perfectionner son accès durant une longue période semée de thérapeutiques variées, pour aboutir, malgré la convulsivothérapie, à un syndrome de Cotard.

Ladame, Mairat, Leledy, Anglade, Arnaud, connaissaient des faits analogues observés durant la grave épidémie de 1890-1892 ; les collaborateurs de Gilbert Ballet les expliquaient de la façon suivante : « La toxine de la grippe ne fait qu'éveiller une prédisposition « latente ». Nous nous rallions à ce point de vue tout en mettant l'accent sur la diversité des modes d'action de cette « toxine », et singulièrement sur l'impuissance hépato-nutritive qui peut en résulter. Le début brusque de l'accès, au moment où disparaissent les signes généraux de l'infection, évoque un mécanisme allergique, sans doute lié aux brusques perturbations de l'hémodynamique cérébrale sur lesquelles insiste François Lhermitte ; or, s'il y a longtemps déjà que Lépine a proposé une théorie anaphylactique de la psychose maniaque-dépressive, cette hypothèse reprend un intérêt nouveau dans nos observations à la lumière des connaissances modernes sur l'allergie localisée à un seul viscère, telles que nous les fait entrevoir Valléry-Radot. Enfin, les bons résultats que Castelletti et Bonfanti obtiennent dans certaines mélancolies par la seule thérapeutique symptomatique de l'insuffisance surrénale, ouvre la voie à une explication dans le cadre du « syndrome général d'adaptation » : l'interruption brusque du « stress » déclenchant chez le prédisposé l'accès psychosique.

Outre ces réflexions pathogéniques, la réactivation post-grippale de certaines manies et mélancolies rendrait souhaitables les mesures les plus attentives de prophylaxie de la grippe à l'égard des prédisposés. L'on s'efforce dans ce sens pour les cardiaques décompensés et pour les états de grossesse avancée : il serait légitime d'agir ainsi envers les maniaques-dépressifs.

BIBLIOGRAPHIE. — ANGLADE (D.) : In *Traité de pathologie mentale*, par Gilbert Ballet, Doin édit., 1903, p. 55. — ARNAUD (F.) : *Idem*, p. 601. — BARSTRA (H. K.) : Neurologische en Psychiatrische Verwickelingen bij « griep ». *Nederlandsch tijdschrift voor geneeskunde*, 1950, n° 3, p. 146. — BEAUDOUIN (G.) et CHASLIN (Ph.) : Un cas de délire infectieux grippal. *L'encéphale*, 1909, n° 6, p. 575. — BENON (R.) : Grippe et asthénie périodique. *Gazette des hôpitaux*, 1912, p. 1727. — *Les psychonévroses périodiques*, Vigot édit., 1943, p. 22. — BOSTROEM (A.) : Zur Frage der Auslösung endogener Psychosen durch äussere Faktoren. *Münchener medizinische Wochenschrift*, 1933, n° 25, p. 25. — CASTELLETTI (V.) et BONFANTI (G.) : L'associazione ormonale cortico-surrenale-acido-ascorbico nella cura di alcune malattie mentali. *Giornale di Psichiatria e di Neuropatologia*, 1950, n° 3, p. 327. — DIDE (M.) et GUIRAUD (P.) : *Psychiatrie du médecin praticien*, Masson, 2^e édition, 1929, p. 283. — KAMMERER (Th.) : Guérison d'une psychose mélancolique présénile au cours d'un traitement hormonal destiné à diminuer l'activité hypophysaire et surrénale. *Comptes rendus du 49^e Congrès des aliénistes et neurologistes* (Rennes, 1951), Masson édit., 1952, p. 506. — LADAME : Des psychoses de l'Influenza. *Annales médico-psychologiques*, 1890, tome I, p. 21. — LÉLÉDY (A.) : Contribution à l'étude de l'épidémie de grippe de 1889-1890 : ses rapports avec l'aliénation mentale. *Thèse*, Paris, 1891. — LE MAPPAIN (M.) : Aspect clinique des états dépressifs. *L'encéphale*, 1949, n° 5, p. 230. — LÉPINE (J.), cité par Paul ABÉLY : Les terminaisons de la mélancolie. *Thèse*, Paris, 1923, p. 40. — LHERMITTE (F.) : *Les leucoencéphalites*, Flammarion édit., 1951. — MAIRET : Grippe et aliénation mentale. *Montpellier médical*, 1890, n° 1, p. 7. — MARCHAND (L.) : *Maladies mentales*, Amédée Legrand édit., 1939. — PLANE (L.) : Les troubles psychiques de la grippe. *Thèse*, Montpellier, 1919. — ROGUES DE FURSAC (J.) : *Manuel de psychiatrie*, Alcan, 6^e édition, 1923, p. 22. — ROUGÉ (C.) : Psychoses grippales et psychoses catarrhales. *Annales médico-psychologiques*, 1909, tome I, p. 194 et 364. — SMITH (J. S.) : Psychiatrische Zwillingsskasuistik : Exogen angelöste manisch-depressive Psychose bei einesingen Zwillingen. *Acta Psychiatrica et Neurologica Scandinavica*, 1931, fasc. 1, p. 79. — TARGOWLA (R.) : La psychose anxieuse, syndrome encéphalitique. *Annales médico-psychologiques*, 1930, tome I, p. 248. — TARGOWLA (R.) et LAMACHE (A.) : Le syndrome biologique des états mélancoliques. *L'encéphale*, 1929, tome I, n° 2, p. 178. — TARGOWLA (R.), Mlle SÉRIN et OMBREDANE : Le salicylate de soude intraveineux dans le traitement de certaines psychoses. *La pratique médicale française*, 1928, n° 11. — TOULOUSE (E.) et COURTOIS (A.) : Séquelles mentales d'encéphalopathies aiguës. *Annales médico-psychologiques*, 1933, tome I, p. 590. — URECHIA (C.-I.) : Sur quelques psychoses grippales. *Annales médico-psychologiques*, 1931, tome II, p. 179. — Les psychoses grippales. *Annales médico-psychologiques*, 1933, tome I, p. 455. — Nouvelle note relative aux psychoses grippales. *Annales médico-psychologiques*, 1938, tome II, p. 22. — PASTEUR-VALÉRY-RADOT : Essai de discrimination des syndromes allergiques. *Société française d'allergie*, séance du 16 novembre 1948. — VOISIN (J.) : Idées de persécution à la suite de la grippe. *Gazette des hôpitaux*, 1890, p. 1012.

DISCUSSION

M. M. HUYVERT. — La grippe est capable de réactiver ou de révéler, non seulement la psychose maniaque-dépressive, mais bien d'autres états psychopathiques, dont l'apparition se fait quelquefois au bout de quelques semaines après la persistance d'un état physique post-grippal très déficient.

Dans ce cas, on observe une imprégnation tuberculeuse atypique décelable par un granulogramme pathologique et l'on peut se demander si la grippe n'a pas donné un coup de fouet à une imprégnation tuberculeuse atypique latente, comme cela s'observe à propos de la tuberculose évolutive banale.

M. L. MARCHAND. — La communication de MM. Daussy et Mars rappelle à propos de la grippe des travaux anciens sur l'action pathogène des maladies toxi-infectieuses sur le déclenchement d'accès mentaux. Les exemples que ces auteurs viennent de nous présenter montrent bien les rapports de causalité entre la maladie infectieuse et leur développement ; mais il est plus malaisé de préciser comment agissent ces maladies intercurrentes. Les théories infectieuse, toxique, fébrile, anaphylactique, ont leurs adeptes, mais il faut aussi envisager la contre-partie de ces hypothèses. Je pourrais citer des cas dans lesquels l'évolution de l'accès mental a été interrompue par la survenance d'une maladie toxi-infectieuse. Cette simple remarque a pour but de rappeler combien le rôle des maladies toxi-infectieuses dans la provocation où la suspension des crises mentales présente encore d'inconnu.

Schizophrénie ? (observation clinique), par MM. E. MINKOWSKI et P. CITROME.

Cette communication s'inspire du désir d'exposer honnêtement les difficultés auxquelles nous nous heurtons dans le domaine des diagnostics cliniques, surtout lorsqu'on cherche à éviter des solutions de facilité, des diagnostics simples étiquettes. Si un auteur qui a publié un livre intitulé « La schizophrénie » annonce une communication sous le même titre, mais en le faisant suivre d'un point d'interrogation, et cela en collaboration avec un jeune collègue, cela ne peut être qu'un témoignage de perplexité et d'embarras réel. En effet, on n'échappe point à l'impression qu'au fur et à mesure que se précisent certaines notions psychopathologiques, comme le bon ou le mauvais contact avec l'ambiance, l'autisme, les mécanismes de disjonction (*Spaltung*) et de lien, le rationalisme morbide, les types constitutionnels, etc., en nous permettant de nous livrer à une analyse beaucoup plus nuancée des malades, parallèlement les notions nosographiques, dont ces acquisitions psychopathologiques sont issues, se disloquent sous nos yeux et nous mettent en présence de difficultés à peine surmontables. Du reste, n'a-t-il pas été de tout temps ainsi en psychiatrie ? Hystérie, confusion mentale, dégénérescence mentale, psychasthénie, démence précoce-schizophrénie, en s'étendant, se sont heurtées à des difficultés de cet ordre. La psychiatrie et la psychopathologie poursuivent néanmoins leur marche, et cette circonstance tient peut-être à la « matière » même qui fait l'objet de notre psychiatrie.

Nous avons été mêlés à l'histoire de notre malade contre notre gré. C'est une de ces aventures psychiatriques comme il en arrive. Le malade habite depuis des années l'Australie et le début de son affection mentale, traitée d'une façon continue par des spécialistes de cette partie du monde, remonte à neuf ans. La mère du malade, ayant entendu parler de nous, nous a fait consulter il y a quelques années, à deux reprises, par son frère, habitant Paris. Consultations toutes théoriques évidemment. Puis, un confrère qui

avait suivi pendant quelque temps le malade là-bas au cours d'une période de calme relatif, et qui ensuite devait aller s'installer en Israël, nous envoyait, sur la demande de la mère, une lettre dans laquelle il consignait ses observations et parlait de schizophrénie à évolution progressive. Deux ou trois démarches du même ordre de la part de la mère suivirent. Compte tenu de la gravité du cas, ainsi que de la situation modeste de la famille, nous avons fait tout ce que nous avons pu pour la dissuader de venir à Paris, jusqu'au jour où nous recevions une lettre nous annonçant que le malade avec sa mère voguait vers la France. Cela nous donna l'occasion de rapporter l'observation qui suit. Nous ajoutons que nous avons eu une surprise agréable, en ce sens que la mère, contrairement à notre attente, n'avait rien d'une mère de dément précoce : raisonnable, ne mésestimant pas la situation, faisant montre d'une bonne affectivité, et de plus, confiante et déferente même à l'égard des médecins. Son sentiment maternel l'incitait à tenter l'impossible ; elle emmenait son fils, après deux mois et demi de séjour dans une maison de santé de la région parisienne, en Angleterre, pour des raisons pécuniaires.

Ch. L., fils unique, est âgé de 26 ans. Rien de très grave dans les antécédents : quelques nerveux et « petits excités » dans la famille ; développement normal, en dehors de quelques signes mineurs de rachitisme dans l'enfance. A signaler, à l'âge de 14 ans, un traumatisme crânien (chute d'un tramway) avec perte de connaissance pendant deux heures et interruption de la scolarité de trois mois. Mais ensuite, bonnes études jusqu'au baccalauréat. Pianiste amateur ; attaché à ses parents, mais peu d'amis ; morale stricte, israélite pratiquant.

Après l'annexion de l'Autriche par les Allemands nazis, arrêté et maltraité en même temps que son père ; les policiers exigent qu'il indique où se trouvent cachés les objets de valeur. Dans leur détresse, les parents envisagent un suicide collectif et en parlent devant leur fils, qui les en dissuade. En 1939, la famille émigre en Australie ; adaptation rapide aux nouvelles conditions, à la langue, à l'école.

Début des troubles à 18 ans, au moment du baccalauréat ; surmenage intellectuel : se plaint de vide dans la tête, de défaillances de la mémoire, se montre anxieux et irritable. Passe néanmoins avec succès ses examens. Immédiatement après, crise d'agitation violente, anxiété intense, hurlements, gesticulation désordonnée, propos et comportement incohérents. Première hospitalisation de trois mois et première cure de Sakel. Rechute presque immédiate. Depuis, alternances ininterrompues de périodes d'excitation, clastique parfois, avec fugues, et de périodes dépressives, sauf une rémission d'un an après la deuxième cure de Sakel, toute relative du reste, avec une activité limitée et bien au-dessous de son niveau scolaire ; la rechute aurait coïncidé avec le départ pour Israël de son médecin-psychothérapeute. En dehors des deux cures de Sakel, électro-chocs, cardiazol, sans résultat durable. A noter qu'entre les deux cures de Sakel et après une série prolongée d'électro-chocs, aurait présenté pendant trois mois des crises convulsives, une à deux par semaine. Les radiographies du crâne et l'électro-encéphalogramme pratiqués à Paris n'ont révélé aucune anomalie.

Les collègues en Australie posaient le diagnostic de schizophrénie, sauf un qui formulait quelques réserves dans le sens d'une psychose maniaco-dépressive.

Au cours de son séjour, nous avons pu observer les deux phases. La phase d'excitation survenue peu de semaines après son arrivée, était d'allure nettement maniaque ; agitation intense, hyperactivité désordonnée évidemment mais non incohérente, loquacité, contact direct (s'adresse toujours à son interlocuteur), aisance et jovialité, ludisme même dans la clasticité, jeux de mots, propos humoristiques, récits avec moult détails, s'exprime sans réticence en français, tandis que dans les phases de prostration se sert uniquement, lorsqu'il le fait, de l'anglais ou de l'allemand, quelques réactions agressives, mais jamais à caractère très violent, de-ci de-là remarques pertinentes ; par exemple sur le manque de thérapeutique occupationnelle dans l'établissement ou l'inopportunité de son voyage en France ; pas de fuite d'idées peut-être, en ce sens, que thèmes plutôt monotones ; revient toujours à des événements récents survenus à la maison de santé, ayant coïncidé avec le début de la phase d'excitation et ayant trait à certaines réactions du personnel qu'il juge injustifiées, bien que motivées en réalité par ses exigences déraisonnables ; mais pas d'incohérence ni de dissociation ; pas de facteur délirant. Durée — trois semaines environ. Début et terminaison, bien que progressifs, rapides, de sorte qu'il ne saurait être question d'intervalle lucide.

La phase d'excitation s'est trouvée encadrée ainsi par deux phases à caractère dépressif, identiques sur le plan clinique. Le malade ne se lève plus, ne fait plus sa toilette ; réponses brèves après une longue insistance, en anglais ou en allemand ; mais quand elles viennent, elles sont pertinentes. Ni conservation d'attitudes, ni négativisme, ni opposition à vrai dire ; passivité et inertie. Sur le plan verbal, on a l'impression plutôt d'une bradypsychie extrême, ce qui, ajouté à l'habitus mastoc et non displasique et à l'existence antérieure de crises convulsives, fait penser à un moment à l'intervention, mineure du reste, dans ce tableau clinique, plus complexe que la phase d'excitation, d'un facteur de la série épileptoïdo-épileptique. Mimique pauvre, figée, mais pas de paramimie ; l'expression ne reflète pas de tristesse. Un jour, après de nombreuses sollicitations, nous arrivons à lui faire lire en français une fable ; le fait avec lenteur, mais en respectant la ponctuation et en adaptant les intonations au contenu. A noter encore que « l'inhibition » se manifeste avant tout dans le domaine de l'expression verbale ; on réussit relativement facilement à lui faire faire du pas gymnastique dans sa chambre, et lorsqu'on l'invite à jouer à la balle, s'y prête non sans adresse ni célérité. Il y a là peut-être quand même un facteur dissociatif qui entre en jeu.

Une séance de narco-analyse, pratiquée dans un but d'exploration, n'apporte aucun élément nouveau.

Ainsi, sur le plan symptomatologique, la schizophrénie s'effrite. Et pourtant, nous éprouvons quelque peine à abandonner ce diagnostic, et cela non seulement parce que l'un de nous est l'auteur d'un livre qui porte ce titre. C'est que, malgré tout, de l'évolution de l'affection depuis neuf ans, et de nos propres constatations se dégage « l'impression » d'une déficience progressive et sérieuse de la personnalité, sur le plan pragmatique et vital ; de plus, la seule rémission était loin d'être complète et dénotait une déficience nette. « Schizophrénie sans signes schizophréniques », nous disions-nous pour

résumer la situation, non sans une pointe d'ironie et même d'amertume à notre propre endroit, traduisant ainsi l'embarras dans lequel nous nous trouvions. Il ne saurait évidemment être question de propager une formule de cet ordre.

De quoi s'agit-il dès lors ? Disons de suite que les termes « atypique » ou « chronique », ce dernier appliqué en particulier à la psychose maniaco-dépressive, demeurent au fond en surface, ne résolvent guère le problème. Il semble nécessaire de creuser davantage.

Dans la notion bleulérienne, telle que par la suite également elle s'est développée, deux facteurs retiennent ici notre attention : premièrement, la schizophrénie est, contrairement à la psychose maniaco-dépressive, une psychose processuelle (Prozesspsychose), somatose, d'après Bleuler, à évolution progressive, virtuellement du moins, ayant sur le plan mental pour corollaire, en premier lieu les symptômes primitifs de cette affection, autour desquels viennent se grouper par la suite toutes les manifestations accessoires dans leur diversité presque inépuisable. La question de ces symptômes primitifs, quant à leur nature et à l'extension qui devrait leur être donnée, a été controversée, par l'école de Heidelberg et par Berze en particulier. N'empêche que le caractère processuel, tendant vers des déficits ou même vers des états terminaux spécifiques, conserve sa portée, ce caractère ne comportant pas d'ailleurs nécessairement l'idée d'irréversibilité fatale. Bien sûr, au cours d'autres psychoses, comme par exemple la psychose hallucinatoire chronique, la clinique s'est efforcée de distinguer, dans leur décours, des périodes ; mais cette distinction est purement symptomatologique et il y est fait appel parfois, à tort à notre avis, au besoin causal du malade pour expliquer le passage d'une période à une autre, pour en revenir à notre exemple, de la période des idées de persécution à celle des idées de grandeur. Par son effort de dégager les symptômes élémentaires, Bleuler donnait au processus schizophrénique un tout autre caractère ; en se référant à ces symptômes, le processus schizophrénique faisait naître l'idée d'un processus fondamental *sous-jacent* constituant la vraie trame de l'affection. Par là, le processus schizophrénique venait, dans sa spécificité, prendre rang à côté de l'affaiblissement intellectuel global à caractère processuel également ; et dans ce chapitre des processus mentaux, expression de somatoses, il y aura lieu peut-être d'ajouter encore le processus de nature épileptique susceptible, dans des cas graves, d'aboutir, de son côté, à un état « démentiel » spécifique. C'est à cette idée de processus spécifique, pour controversé et difficile à déterminer qu'il puisse être, qu'il n'est guère aisé, une fois qu'on l'a devant les yeux, de renoncer. C'est là aussi la raison probablement pour laquelle nous n'avons pas cru pouvoir abandonner, sans plus, le diagnostic de schizophrénie.

Le caractère processuel n'est pas tout pourtant. A côté — et c'est le second facteur que nous voulions évoquer, en ajoutant du reste

que ces deux facteurs n'épuisent point l'ensemble des problèmes que pose la schizophrénie — vient se ranger l'organisation de la personne schizophrénique, déterminée par les mécanismes spécifiques, comme la disjonction et l'autisme, avec à nouveau toute la série des phénomènes secondaires qui se réfèrent à ces notions. Du reste, là encore, et nous ne voudrions pas le taire, il existe un écart entre les symptômes primitifs de Bleuler et les notions dont il vient d'être question.

Or, le caractère processuel d'une part, et l'organisation, ou la désorganisation si l'on préfère, de la personne schizophrénique, voire même la spécificité des symptômes primitifs d'autre part, peuvent se trouver en désaccord. Ils le font même, il faut le reconnaître, dans bien des cas, surtout si on tient compte de l'évolution clinique, soit sous forme de poussées, soit d'une manière insidieuse, chez les malades étiquetés de cette manière. Parmi les ouvrages publiés au cours des dernières années, celui de Wyrsh : « La personne du schizophrène », paru en allemand en 1947, est particulièrement instructif ; il met en relief les difficultés que nous rencontrons sur notre chemin. H. Ey a présenté dans *L'évolution psychiatrique* une analyse substantielle de cet ouvrage en épousant en grande partie les vues de Wyrsh. Puis il pense que la schizophrénie se trouve ainsi pulvérisée — le tout est de savoir par quoi la remplacer — et pour parer, au moins en partie, aux difficultés en question, reprend la notion kräpelinienne de paraphrénie. Pour notre part — mais il reste vrai que l'un de nous se trouve particulièrement engagé dans le débat — nous n'irions pas si loin, et pensons de plus que la paraphrénie, en raison de nouveau de la variété du décours de ces cas, à partir du moment où la notion de schizophrénie paraît précaire, partagera avec elle fatalement cette précarité.

Pour le dire encore une fois, nous avons tenu à exposer honnêtement nos difficultés et si peut-être une certaine précarité de nos notions nosographiques nous paraît inhérente à la « matière » même que nous avons à explorer, ce n'est ni un aveu de scepticisme ni d'impuissance.

DISCUSSION

M. G. HEUYER. — Il est évidemment impossible de faire un diagnostic sans avoir vu le malade. Toutefois, je demande à M. Minkowski s'il a fait une recherche complète des petits signes neurologiques de l'encéphalite et un examen complet du liquide céphalo-rachidien aux trois étapes, avec encéphalographie gazeuse par voie lombaire. J'attire l'attention sur l'encéphalite, dont certaines formes mentales ressemblent à s'y méprendre à une schizophrénie au début.

D'autre part, dans la schizophrénie de l'adolescence, et à plus forte raison après l'adolescence, il me paraît nécessaire, pour faire le diagnostic de schizophrénie, d'observer un syndrome hallucinatoire. C'est une opinion qu'exprimait il y a plus de vingt ans Achille Delmas, qui était un excellent clinicien. C'est aussi le syndrome que je recherche et même que j'attends avant d'employer l'insulinothérapie.

Mme M. CAVÉ. — Je m'excuse de prendre la parole dans une discussion nosologique, c'est-à-dire sur un sujet où je suis fort peu compétente. Je pense cependant que si tous les schizophrènes ne présentent pas de troubles hallucinatoires, ils présentent toujours des phénomènes délirants. Et par phénomène délirant je n'entends point seulement le délire confirmé et extériorisé, mais le délire intérieur qui ne se traduit pendant longtemps au dehors que par des actes absurdes. Actes absurdes que l'analyse psychique du malade montre ressortissant tous — quelle que soit leur diversité apparente — à une même idée délirante intérieure. Il serait intéressant de savoir si le malade de M. Minkowski commettait ou avait commis des actes absurdes.

Traitement de l'imprégnation tuberculeuse atypique par les antibiotiques au cours de divers états psychopathiques, par MM. Maurice HYVERT et Henri FAGARD.

L'apparition des antibiotiques spécifiques a modifié assez profondément l'évolution de certains états tuberculeux. On était donc en droit de penser que, au cours de l'imprégnation tuberculeuse atypique, on obtiendrait à l'aide de ces agents thérapeutiques des résultats intéressants. Jusqu'alors, le peu de nombre de cas traités ne nous a guère permis d'avoir autre chose que des impressions qui s'avéraient très favorables. Actuellement, nous possédons un certain recul et nous pouvons formuler des appréciations beaucoup plus fermes.

Les malades qui ont été soumis aux antibiotiques ont été tout d'abord des malades dont l'imprégnation tuberculeuse atypique résistait aux autres traitements : chrysothérapie, tuberculinothérapie, traitement de Charpi. Avec les antibiotiques, nous avons pu obtenir quelques améliorations. Cependant, la résistance au traitement s'est manifestée avec eux, d'une manière générale, aussi bien qu'avec les autres thérapeutiques.

Par la suite, des malades à différents stades évolutifs ont été traités. Très rapidement, on a vu se classer, d'après les résultats, les malades en deux catégories parfaitement distinctes : les malades récents, chez qui les améliorations étaient constantes, importantes et durables, et les malades anciens, chez qui elles se montraient beaucoup plus discrètes et plus souvent absolument nulles.

Ce fait qui s'est dégagé de la chrysothérapie, de la tuberculinothérapie, et même peut-on dire de tous les traitements que l'on a appliqués à nos malades, est semblable à celui que l'on observe en tuberculose classique, où l'on voit des malades anciens ne tirer aucun bénéfice des traitements par les antibiotiques. Ces échecs ne sauraient donc nous étonner ; ils rentrent nettement dans le cadre de la pathologie générale.

Nous cherchons surtout à mettre en évidence ici les résultats du traitement de l'imprégnation tuberculeuse atypique. Celle-ci a été observée à l'aide du granulogramme de Benda et Urquia. Tous les

malades qui ont été traités avaient un granulogramme franchement pathologique et souvent même très pathologique.

Nous considérons comme améliorés les malades chez qui le granulogramme est devenu normal. Chez les malades récents, cette amélioration a toujours marché de pair avec une amélioration des troubles psychopathiques, ayant permis la reprise de l'activité sociale.

Chez les malades anciens, la normalisation du granulogramme a pu entraîner une amélioration psychique, mais celle-ci a été dans l'ensemble beaucoup moins spectaculaire et quelquefois insignifiante.

1) *Résultats d'ensemble.* — Malgré plusieurs années d'utilisation des antibiotiques, notre statistique ne porte que sur 153 observations. En effet, de nombreux malades ont tiré un bénéfice rapide de la chrysothérapie, thérapeutique aisée et peu coûteuse, ce qui a rendu absolument inutile l'emploi chez eux des antibiotiques.

Les 153 observations comprennent 62 hommes et 91 femmes : 81 schizophrènes, 18 psychoses hallucinatoires, 14 psychoses maniaques-dépressives, 5 confusions graves et 35 psychoses anxieuses.

La plupart des malades anciens n'ont été traités qu'après plusieurs années d'évolution et avaient déjà subi la chrysothérapie ou la tuberculinothérapie. Sur le chiffre de 83, nous trouvons 22 améliorations avec seulement 10 reprises plus ou moins complètes de la vie sociale et 61 échecs.

Pour les malades nouveaux, nous possédons 70 observations avec 67 guérisons et 3 améliorations. Il n'y a pas d'échec. Nous appelons guérison la reprise intégrale du comportement général antérieur et de la vie sociale.

2) *Sulfones.* — La disulfone a été employée à des doses allant de six à seize comprimés par jour pendant trois à dix mois. Une seule malade récente a été traitée et elle a guéri. Sur les 22 malades anciens qui ont reçu cette sulfone, il n'y a eu aucune amélioration ou des améliorations extrêmement légères et fugaces. Quelques granulogrammes ont présenté une légère tendance à la normalisation, sans changement dans l'état du malade. Il convient de préciser que tous les malades traités étaient très anciens et avaient reçu d'autres thérapeutiques sans aucun succès.

3) *Streptomycine.* — La streptomycine a été utilisée aux doses de 1 gr. à 2 gr. par jours en deux fois, avec un total de 15 à 30 gr. Avec la streptomycine seule, sur 14 malades anciens il n'y a eu que des échecs. Sur 8 malades nouveaux, on a observé 5 améliorations et 3 échecs. Ces derniers ont pu être heureusement modifiés par un autre antibiotique.

4) *Acide para-amino-salicylique.* — Le P.A.S. nous a procuré des résultats beaucoup plus intéressants. Nous avons utilisé des doses de 9 à 15 gr. par jour par voie buccale pendant un temps variant de un à quatre mois. Les 9 malades récents traités ont été guéris. Sur

22 anciens, nous avons 5 reprises de la vie sociale, 6 améliorations notables et 11 échecs.

L'emploi du P.A.S. est souvent limité du fait de ses difficultés d'absorption par certains malades. Par contre, il nous a donné des résultats très intéressants, supérieurs aux autres antibiotiques.

Nous signalons que l'emploi du P.A.S. en perfusion intra-veineuse semble pouvoir entraîner les améliorations là où les autres antibiotiques ont échoué. Nous n'avons encore qu'un nombre d'observations trop réduit pour le faire entrer dans la statistique.

5) *Hydrazide de l'acide iso-nicotinique*. — Nous avons utilisé le rimifon en comprimés de 50 milligrammes à la dose de quatre à six comprimés par jour. Les résultats ont été un peu inférieurs à ceux du P.A.S.

Sur 25 malades anciens, nous notons 11 améliorations avec 3 reprises de la vie sociale et 14 échecs. Parmi les 52 malades récents traités, on constate 48 guérisons, trois améliorations et un échec.

La facilité d'absorption du rimifon nous a conduit à l'employer largement. Cependant, nous avons observé avec lui chez les malades récents des résistances au traitement plus fréquemment qu'avec le P.A.S. La normalisation du granulogramme n'a pu parfois être obtenue qu'après de longs mois de traitement ininterrompu, et quatre malades n'ont vu leur guérison survenir qu'après l'emploi d'un autre antibiotique.

L'analyse de ces dernières observations nous a permis de constater que, si l'apparition des troubles psychopathiques était récente, l'imprégnation tuberculeuse atypique était beaucoup plus ancienne et avait présenté d'autres manifestations antérieures.

6) *Associations d'antibiotiques*. — Ces trois antibiotiques employés en association nous ont permis d'obtenir la guérison de quatre malades récents qui n'avaient pas été modifiés par un seul d'entre eux, et deux améliorations, avec reprise sociale chez huit malades anciens. La résistance au traitement des six échecs a été particulièrement remarquable. Malgré des traitements prolongés et intenses, le granulogramme est resté immuable avec une formule des plus pathologiques.

Ainsi qu'on le voit, la thérapeutique par les antibiotiques spécifiques nous apporte, avec des résultats remarquables, une nouvelle confirmation de l'importance du rôle de l'imprégnation tuberculeuse atypique en psychopathologie.

Pour les malades récents, il n'existe actuellement plus de problème et l'on peut dire qu'une guérison peut être obtenue dans la presque totalité des cas.

Pour les malades anciens présentant un granulogramme très pathologique, le problème semble être en premier lieu celui de la

normalisation du granulogramme, qui s'avère extrêmement difficile à obtenir. C'est dans ce cas qu'il convient de faire des associations d'antibiotiques et probablement même des perfusions intra-veineuses de P.A.S. susceptibles, semble-t-il, de nous apporter des améliorations là où toute autre thérapeutique a échoué.

Les quelques résistances que l'on a observées chez des malades récents, et qui toutes ont pu être vaincues, se rapportent à des cas où l'imprégnation tuberculeuse était manifestement en évolution depuis de nombreuses années, les troubles psychiques n'étant que l'aboutissant d'un long passé pathologique.

Il existe un fait qui vient renforcer la valeur de cette thérapeutique. Ce sont les réactions syndromiques que l'on rencontre avec une certaine fréquence ; celles-ci vont de l'exagération pure et simple du syndrome initial jusqu'à l'apparition de syndromes nouveaux tels que confusion et agitation extrême.

Ces réactions peuvent s'expliquer par des décharges toxiques importantes provoquées par des lyses microbiennes massives. D'ailleurs, le granulogramme s'aggrave d'une manière manifeste. Nous considérons l'apparition de ces troubles comme favorable et cela nous engage à continuer le traitement. En effet, quelques jours plus tard, une amélioration se manifeste et elle se poursuit sans interruption.

L'antibiotique qui nous a donné les meilleurs résultats est le P.A.S. Chez certains malades indociles, il n'est pas toujours facile à faire absorber, contrairement au rimifon, qui donne des résultats à peu près semblables chez les malades récents, quoiqu'un peu moins rapides.

La streptomycine ne nous paraît devoir être employée que dans des cas extrêmement aigus ou en association avec les autres antibiotiques. Ces associations nous permettent d'obtenir des améliorations là où les antibiotiques employés seuls ont échoué.

DISCUSSION

M. M. LECONTE. — Je me permettrais de demander à M. Hyvert si la résistance mentale qu'il a rencontrée aux thérapeutiques antibiotiques des traitements qu'il a pratiqués sont survenus lors d'applications isolées de ceux-ci, ou en association.

M. M. HYVERT. — Il s'agissait de traitements isolés.

M. M. LECONTE. — Je crois que cette constatation est pleine d'intérêt en vue de la poursuite des essais antibiotiques ultérieurs. Il semble bien parfois qu'il faille préférer le traitement en association des antibiotiques, ainsi que déjà nous avons pu nous-mêmes nous en rendre compte depuis nos premiers essais d'application d'isoniazide en Savoie.

Il semble qu'il soit possible de penser que la résistance psychique et thérapeutique corresponde à la résistance biologique de certains germes.

La psychiatrie rejoindrait ici la phtisiologie devant les problèmes de la résistance. On sait, en effet, que deux théories ont tenté d'expliquer celle-ci.

La théorie de la mutation du germe pathogène à peu près abandonnée, et la théorie de la sélection plus communément admise.

Ainsi donc, il y aurait lieu, et même dans les cas satisfaisants, de toujours pratiquer l'association des traitements en vue de prévenir une résistance ultérieure.

De quelques manifestations mentales tardives après psycho-chirurgie. Syndrome postlobotomique, par M. Pierre Menger.

A l'époque où le professeur Henri Baruk signalait comme séquelles lointaines de la psycho-chirurgie des cas de violence, de fureur et d'épilepsie, nous constatons nous-mêmes des réactions impulsives et agressives chez certaines de nos anciennes lobotomisées, et l'une d'elles avait déjà présenté ultérieurement à l'opération trois crises comitiales typiques. C'est ce qui nous a incité à reprendre plus attentivement l'étude de la mentalité et du comportement de ces malades, soit qu'elles fussent encore dans notre service, soit qu'elles aient été rendues à leur famille et à la vie sociale.

Des résultats de nos examens et de nos enquêtes, il nous a paru que pouvaient être mis en évidence chez les sujets ayant été soumis au traitement psycho-chirurgical des désordres consistant, non seulement en troubles de la personnalité, que l'on est en général d'accord à reconnaître précocement et que l'on considère, soit comme légers et insignifiants (interventionnistes¹), soit comme sérieux et tout à fait fâcheux (anti-interventionnistes, professeur H. Baruk), mais aussi en d'autres perturbations plus tardives, ensemble que son aspect clinique commun chez les divers malades peut autoriser à isoler dans la nosographie en un *syndrome postlobotomique*. Dans ce syndrome sont incluses des perversions qui nous ont paru affecter un caractère un peu particulier.

Au cours des années 1950-1951, séduit par les exposés de résultats heureux de divers auteurs, nous avons fait pratiquer 15 lobo- ou topo-tomies dans le service. Comme beaucoup, nous estimions alors que certaines conditions d'opérabilité devaient être requises, chronicité de l'affection, incurabilité par les autres thérapeutiques, inso-ciabilité profonde du sujet, absence de rémissions sérieuses. Nos opérées furent donc des chroniques aux formes relativement graves, schizophrènes ou mélancoliques irréductibles plus ou moins anciennes.

Après notre sixième intervention le 20-3-1950, nous faisons la remarque suivante : « La comparaison schématique et caricaturale du comportement de nos opérées avec celui de "petits toutous dociles" conserve sa valeur : absence de spontanéité, de véritable affection, d'esprit d'à-propos, de projets, de prévisions, d'ambitions ou d'appréhensions. Suggestibilité, irréflexion. Nous notons parfois de

l'oppositionnisme, de l'obstination, de l'entêtement stupide, qui font que leur attitude se rapprocherait peut-être davantage de celle du "mouton" ou du "baudet" ! »

Dans l'ensemble, après nos 15 opérations psycho-chirurgicales, les manifestations dangereuses ou simplement gênantes avaient bien disparu, ce qui a permis d'effectuer cinq sorties qui n'ont donné lieu jusqu'à présent à aucune réintégration, mais seule, une des sortantes a pu reprendre une activité professionnelle très réduite.

Les malades non sorties ont été en général améliorées, rendues plus accessibles à la psychothérapie et aux tentatives de réadaptation, mais l'une d'elles a présenté une perversion grave et qu'elle a longtemps conservée, impulsion à boire ses urines, qu'elle recueillait dans son gobelet.

Pour la plupart de ces malades, les possibilités de resocialisation ne furent que passagères ; dans les six ou douze mois suivant l'intervention, elles furent à nouveau atteintes de troubles analogues aux anciens ; il fut bientôt nécessaire de recourir à des traitements répétés et épisodiques par l'électro-choc, en raison de l'importance de leur agitation, de leur agressivité, de leur impulsivité ou simplement même de leurs inhibitions.

De ces constatations diverses, nous n'osions pas tirer de conclusions probantes en raison du caractère sévère des affections traitées. Nous n'en demeurions pas moins frappés de la fréquence des réactions violentes chez nos postlobotomisés : colères, cris, impulsions, coups à l'entourage, batailles, oppositionnisme agressif, etc...

C'est alors que cinq malades entrées à quelques semaines d'intervalle et ayant été traitées psycho-chirurgicalement à l'extérieur de six mois à deux ans auparavant devaient retenir tout particulièrement notre attention. Etant donné que l'état psychopathique initial était demeuré assez bénin, qu'il n'avait jamais nécessité le placement en établissement psychiatrique, la comparaison des états pré- et post-opératoires permettait des appréciations plus aisées sur des données plus certaines et autorisait à des conclusions plus catégoriques.

Voici, par ordre de fréquence et d'importance, les manifestations mentales propres à ces malades, tant aux quinze premières qu'aux cinq dernières, et qu'il nous a paru logique de décrire sous le nom de syndrome postlobotomique. Nous avons voulu mettre en valeur la place qu'occupent dans ce syndrome les « perversions postlobotomiques ».

I. — *Altérations du caractère et de la personnalité.*

Apparues précocement et qui se prolongent dans les manifestations tardives. Apathie, Marques d'imprévoyance, désintérêt de l'avenir. Déficience de l'instinct de conservation en ce qu'il porte à prévoir, à assurer la sécurité. Fléchissement du tonus psychique. Impuissance générale, aboulie, inaction, absence d'ambitions comme d'inquiétudes. Nonchalance. Lenteur et pauvreté de l'idéation.

II. — *Manifestations tardives.*

1) Etat d' « *insatisfaction inexpliquée* ». Dégoût. Regrets, surtout de l'état ancien, antérieur à l'opération, « *nostalgie* » même, des tristesses et angoisses d'autrefois disparues.

2) *Attitude et mentalité enfantines*. Pleurnicheries. Vanité niaise. Comportement fier et hautain et coquetterie constante non intentionnés.

3) *Perversions*. Déficience du discernement moral et des sentiments éthiques. « *Mécontentement obstiné* ». Acrimonie. *Irritabilité puérile*. Susceptibilité. *Crises coléreuses intenses* suite de contrariétés, agressivité, *impulsivité, violences*. Tendance aux querelles. Affectivité perturbée, absente, atténuée, « *à éclipses* ». *Incurie, malpropreté*.

Disons ici que les crises comitiales postlobotomiques de la malade signalée au début continuent à se produire avec une certaine régularité et qu'il convient de noter que, comme les perversions comitiales et postencéphaliques, les perversions postlobotomiques présentent un caractère d'impulsivité manifeste.

Il nous a paru intéressant de relater deux des cinq observations les plus « *concluantes* » et qui sont venues confirmer ce que les quinze autres avaient fait présumer.

OBSERVATION 1. — Les renseignements médico-sociaux nous apprennent que F. J., femme excellente, d'un milieu excellent, présente à l'âge de 23 ans, en 1937, après une saison de surmenage à Saint-Malo, une première dépression nerveuse, qui ne s'est atténuée que lentement et difficilement.

Se marie, va retrouver son époux marin dans divers ports de France ou de l'étranger. Pendant la guerre se fixe à Toulon où, en état de grossesse, elle supporte les émotions de bombardements répétés de la ville, en demeure très épuisée, son état s'altère du fait de privations. Elle présente une tuberculose pulmonaire avec hémoptysie qui, finalement, l'oblige à se faire hospitaliser et à entrer en sana. Thoracoplastie à Châteaubriant en mai 1948. Son état pulmonaire s'améliore, elle rentre dans les Côtes-du-Nord et bientôt des signes de fatigue cérébrale se produisent à nouveau. Sensations de tête vide, de cerveau mort. Idées noires. Tentative de suicide par absorption d'un tube de vaseline goménolée, qui est expulsé vide sans autre incident.

Lobotomie en mars 1952.

L'enquête sociale nous révèle qu'elle fut alors améliorée notablement pendant plusieurs semaines, puis reprise de symptômes nettement plus graves que les précédents : agitation, fugues, fureurs avec irritation contre l'entourage, en particulier mère et mari, à tel point que cette fois-ci le placement en hôpital psychiatrique s'impose absolument (28-8-52).

Nous voyons alors une femme dans un état d'insatisfaction permanente, extrêmement mécontente du traitement chirurgical qui lui a été appliqué, d'abord parce que son état dépressif s'est reproduit semblable à lui-même avec des idées de négation. Ressent de vives anxiétés, appréhensions de sévices et mauvais traitements, asthénie. Ensuite, alors qu'avant l'opération elle s'occupait malgré ses angoisses, elle est devenue incapable de tout tra-

vail, passe ses journées dans l'inaction totale, devenue distraite, insouciance, indifférente, musarde, nettement puérile. « Psychologie superficielle », ne s'inquiète pas de l'avenir, proteste contre ce qui a changé son caractère mais n'en cherche ni la justification, ni la critique. « Je suis plus tranquille, mais je pleure encore souvent... Je n'écris même plus à ma famille... »

Est devenue irritable, coléreuse, impulsive ; méfiante depuis qu'elle constate en elle les transformations succédant à l'opération. Affliction, inactivité, menaces, violences.

Le certificat établi, en date du 29-8-1952, reproduit les traits essentiels du tableau clinique.

Syndrome du lobe préfrontal faisant suite à la lobotomie. Insouciance. Désintérêt des siens et de son travail. Ne s'occupe plus de ses enfants. Ne peut plus travailler. Retour progressif vers les troubles antérieurs à la lobotomie. Craintes puériles de malveillances. Méfiance. Idées noires et réfractaires à toute logique. Changement de caractère. Irritabilité. Impulsivité. Violences.

Pendant son séjour, les signes essentiels consistent en : troubles caractériels graves, irritabilité, impulsivité, violences, insatisfaction, hostilité, agressivité morale et motrice. Fatigabilité, inactivité. Puérilité.

Les tentatives de réadaptation, les électro-chocs associés à l'insulinothérapie, suggestions et persuasion permettent d'obtenir tout de même et progressivement une détente caractérielle. Et, plus d'un an après le placement, le 8-9-1953, bien que les possibilités d'activité ne se soient guère manifestées, elle est rendue à sa famille qui la réclame.

OBSERVATION. 2. — L'enquête médico-sociale a établi que L. C. a présenté en 1949, à l'âge de 45 ans, des signes de dépression.

Jusqu'alors ménagère très travailleuse et courageuse, était très appréciée de ses employeurs. Considérée comme honnête, sobre et sérieuse. Mari décédé victime d'accident peu après le mariage. Un fils qu'elle a très bien élevé et éduqué, comptable.

Crise de neurasthénie avec « idées noires », due vraisemblablement au surmenage et au retour d'âge. On la trouve « devenue sombre et renfermée ». Soignée hors de tout établissement psychiatrique en raison de la bénignité relative des troubles, elle reçoit quelques électro-chocs sans amélioration sensible.

La lobotomie est appliquée en octobre 1949. Et la malade rejoint son domicile assez rapidement, sans cure de réadaptation prolongée. Des troubles du caractère sont alors signalés. Ne tolère aucune remarque. Désaccord, disputes avec le fils, qu'elle accuse « de tout vouloir diriger chez elle, d'être devenu autoritaire, de vouloir être le patron... ». Toutes ces allégations sont fausses ; en réalité, depuis son retour à la maison, elle fait la vie dure à son fils, insupportable même. Ne travaille plus. Ne s'occupe plus des soins, ni du ménage, ni de la cuisine et de la table, ni d'elle-même. Incurie, malpropreté. Les querelles avec le fils se multiplient et s'intensifient au point qu'elle en vient aux coups et à la menace de mettre le feu.

Est alors emmenée en hôpital général, ne peut y être maintenue ; le personnel soignant est épuisé par ses exigences et excédé de son irascibilité.

Arrive à Bégard le 19-7-1952.

Le certificat d'admission mentionne : « Troubles psychopathiques carac-

térisés par *rétrécissement du champ intellectuel*, incurie totale. Vivait dans une saleté remarquable, ne faisait pas sa cuisine, présentait des idées de préjudice très violentes à l'égard de son fils et parlait de mettre le feu au mobilier. *Démarches importunes* auprès des médecins et des autorités. Cet *état d'affaiblissement intellectuel*, consécutif à une mélancolie, rend la malade dangereuse..., etc... »

Nous constatons une lenteur idéative manifeste avec « parler comital », tachyphémie et palilalie, lenteur, monotonie. Cherche ses mots. Asthénie profonde. Anidéisme, aspontanéité, inaffectivité. Lamentations sur son sort : « Depuis l'opération, je ne peux plus travailler, je suis dégoûtée..., pourtant c'est pas de la paresse. Je regrette bien de m'être fait opérer..., l'opération m'a enlevé de la volonté. J'étais femme de ménage, rien ne m'intéresse plus..., on m'a rendue infirme, oui, je regrette ma tristesse et mes ennuis d'avant..., mes moments de cafard..., car j'étais alors capable de travailler... »

Nous pensons que la malade a ici un sens exact des réalités et qu'il ne s'agit pas de *vivre sans anxiété* ou « d'être gai toute sa vie » mais qu'il importe d'être normal et d'*avoir des réactions humaines pour le meilleur et pour le pire*.

Etat d'insatisfaction, de mécontentement. « Mon caractère ne s'est pas amélioré..., je m'emballer vite..., il y avait des disputes..., mon fils voulait être le maître... Si ceux qui ont été opérés sont devenus comme moi, c'est bien malheureux ! »

Comme nous le constatons, il s'agit moins d'un déficit intellectuel que de bradypsychie, de nonchalance, de désintérêt. Accusations puériles contre son fils. Querelleuse et coléreuse. Menaces. Impulsivité. Violences.

Malgré l'action persuasive, les essais d'emplois divers, la reprise des électro-chocs lors de poussées caractérielles, des tentatives par narcose prolongée, le tableau clinique ne s'est guère modifié. Et, nous ne serions pas étonnés de voir apparaître plus ou moins prochainement chez cette malade des crises motrices épileptiques, car elle offre un ensemble psychopathique qui évoque fortement l'épilepsie psychique.

Nous notons encore aujourd'hui : bradypsychie, *importunité assidue* sur le thème de ses récriminations, propos niais, expressions verbales « approximatives » — son mari est mort « d'incident » — entêtée, attitude enfantine, viscosité mentale, inattentive. Inactivité, peut à peine faire de la charpie. Méfiante, refuse de déposer l'argent qu'elle détient et dissimule. Irrascible. Chicanière.

Rappelons qu'aucun de ces caractères maladiques n'existait autrefois chez la malade, « qui avait très bonne réputation ».

Il peut paraître paradoxal de déceler des manifestations de perversité parmi les troubles postlobotomiques alors que la lobotomie est précisément préconisée et utilisée par certains comme traitement « héroïque » des troubles caractériels avec réactions antisociales. La contradiction est en fait plus apparente que réelle.

Si nous admettons que le procédé puisse, à la rigueur, réduire des perversions du type constitutionnel à base d'astuce calculatrice, de malice, de préméditation, de ruse, d'intrigue, de mystification ou de corruption, pour la raison que ces sortes de facultés et capacités se

trouvent souvent amoindries après l'intervention, nous nous refusons à croire qu'il ait une action favorable sur des perversions telles que les postencéphaliques, les comitiales ou celles des états d'arriération graves, déterminées surtout par l'obtusité, la bradypsychie, la tentation-impulsion, l'incompréhension, toutes déficiences qui surviendraient après sa mise en œuvre, à moins, qu'à la suite de destructions particulièrement étendues, ne s'installe un état voisin de la stupeur catatonique !

N'y a-t-il pas à craindre par ailleurs que la détérioration de l'affectivité et du sens moral ne puisse que favoriser l'apparition ou le développement des deux genres de perversité, la malicieuse comme l'impulsive ?

Nous avons constaté que si les efforts de réadaptation postopératoire peuvent dans certains cas atténuer et éloigner le syndrome, ils ne le suppriment pas radicalement et définitivement et nous le voyons alors en général reparaitre semblable à lui-même plus ou moins rapidement.

Qu'il nous soit permis pour terminer de faire une courte incursion dans le domaine des hypothèses.

Par la psycho-chirurgie, nous supprimons ou atténuons l'action normale physiologique de *fibres excitatrices* de l'anxiété. Or, nous pensons que, si les angoisses pathologiques se produisent, ce n'est pas en raison de la présence ou de l'hypertrophie de ces connexions, mais en raison de la *déficience* ou de l'absence, soit constitutionnelle, soit acquise, soit transitoire, soit permanente, de *fibres inhibitrices* de cette anxiété, qu'en somme, le mal réside dans une défectuosité fonctionnelle (hypofonctionnement d'inhibition) plutôt que dans une surexcellence fonctionnelle (hyperfonctionnement d'excitation).

Nous pensons que le *fond d'anxiété* d'ascendance, ancestral ou personnel, permanent et latent, énorme ou indéfini, se trouve retenu ou libéré sous l'effet des fibres inhibitrices ou excitatrices, que les premières seraient en rapport avec les zones encéphaliques supérieures, centres du jugement, de la critique, de la pure lucidité, du développement intellectuel, moral, spirituel, artistique, les secondes issues, de régions plus profondes sous-corticales, relais sensoriels ou neuro-végétatifs des impressions et réactions instinctives et primitives d'émotion, de défense et d'adaptation.

Nous pensons qu'une thérapeutique judicieuse et rationnelle consisterait à renforcer l'action insuffisante des voies inhibitrices de l'anxiété plutôt qu'à porter atteinte à l'intégrité de voies qui peuvent être nécessaires aux facultés de prévision, à la prudence, à la sûreté, aux pressentiments logiques, aux intuitions « savantes ou magiques », indispensables au succès dans la lutte pour la vie.

L'hypersomnie, mécanisme de défense et symptôme d'alarme en pathologie mentale, par MM. P. SIVADON et J. DE VERBIZIER.

« Les troubles ont-ils commencé brusquement ou progressivement ? » Cette simple question, posée à la fois au malade et à son entourage, fournit bien souvent des réponses contradictoires. En fait, entre les premières anomalies et le déclenchement des troubles morbides, se place à peu près toujours une période plus ou moins longue, diversement interprétée par les uns et par les autres, où les mécanismes de défense, mis en tension, impriment au comportement du sujet certaines bizarreries, avant que leur défaillance, souvent brutale, ne permette la manifestation de la névrose ou de la psychose.

L'étude de cette phase pré-morbide des troubles mentaux, tant sur le plan clinique que physiopathologique, nous paraît être d'un intérêt majeur. Sa symptomatologie est assez connue, bien que mal systématisée. Nous voudrions aujourd'hui insister sur un symptôme très souvent méconnu : l'hypersomnie.

Gélineau, en 1880, décrivant la narcolepsie, la définissait comme une névrose. Au congrès de neurologie en 1927, le rapport de Lhermitte en reprenait l'étude, particulièrement en relation avec l'épidémie d'encéphalite léthargique. Marchand et Ajuriaguerra notent la possibilité de crises de somnolence comme prodrome lointain de crises épileptiques. Baruk, en 1933, décrit des psychoses colibacillaires à forme narcoleptique, léthargique (thèse de Cornu).

Plus rares sont les publications concernant les accès d'hypersomnie dans les phases prépsychotiques. On en trouve la notion chez Binswanger (*Raumproblem in der Psychopathologie*), chez Pierre Janet (*De l'angoisse à l'extase*, t. II, p. 239-240), particulièrement dans l'observation d'Olga.

Il s'agit, en fait, d'un phénomène extrêmement fréquent, mais il n'apparaît pas au cours d'un simple interrogatoire du malade. Ce dernier parle de surmenage, de fatigue, et il faut souvent la collaboration de l'entourage pour apprendre qu'il dormait tout le dimanche, qu'il somnolait à son travail, etc...

Le schéma le plus habituel est le suivant. Après un événement ou à l'occasion d'une situation difficilement supportée, le sujet présente, au milieu d'autres symptômes d'intolérance sur lesquels nous n'insistons pas aujourd'hui (céphalées, troubles digestifs, irritabilité, etc...) des phases d'hypersomnie qui persistent pendant des semaines et parfois des mois et qui disparaissent souvent en même temps que s'amendent les autres symptômes, ou encore au moment où apparaissent des troubles plus nettement pathologiques : angoisse avec cette fois insomnie, accès délirant, etc... A noter parfois l'alternance de phases d'hypersomnie et de phases dipsomaniaques. Voici quelques exemples cliniques :

OBSERVATION 1. — B..., imprimeur, 40 ans, éthyliste chronique avec ivresses pathologiques, asthénique, déprimé, issu d'un foyer dissocié. Après un échec à un concours, il se met très tôt à boire. Traité pour syphilis. Se marie juste avant la guerre. Réformé temporaire pour développement insuffisant, prisonnier en Allemagne pendant cinq ans (dysenterie, céphalées constantes). La reprise de la vie commune est difficile. Sa femme lui reproche sa syphilis passée et l'état de leur fille sourde-muette. Opéré en 1946 d'un ulcus duodénal. C'est en 1947 qu'il présente sa première période hypersomnique (durée : un mois), après un renvoi à l'occasion d'un conflit dans le travail. Suit une période transitoire d'alcoolisme de quelques mois. Deuxième crise d'hypersomnie en 1949 après la mort de son père : « Je dormais tout le temps, dix heures, douze heures par nuit, alors que je dors habituellement sept heures. » La reprise de l'intoxication amène le malade à l'hôpital où, après une période d'amélioration, reprennent les phénomènes d'hypersomnie accompagnés de douleurs rhumatismales, de réaction eczémateuse sur le thorax, et d'une impression constante de fatigue. Tension artérielle : 10-8. Ces troubles cèdent progressivement à un traitement de désensibilisation et la reprise du travail est envisagée.

OBSERVATION 2. — D..., 43 ans, manœuvre, d'origine tchèque. Hospitalisé pour psychose hallucinatoire chronique avec bouffées anxieuses. Difficultés familiales graves, deux mariages malheureux, trois enfants à sa charge. Difficultés professionnelles sous l'occupation du fait de sa nationalité, puis surmenage : assure plus d'un an la direction d'un grand atelier, poste inhabituel. Vit seul en hôtel. Baisse progressive du rendement professionnel depuis deux ans. Période d'éthyliste pendant six mois ; il cesse de lui-même ses excès, qu'il tolère mal. Présente alors une phase d'hypersomnie pendant trois mois (« je dormais trop, l'impression d'être lourd »), qui cesse dans une bouffée anxieuse alors que s'installe une insomnie rebelle et apparaît un état délirant : syndrome d'automatisme mental avec écho de la pensée, influences. Dans ses antécédents héréditaires, il faut noter l'internement de sa mère pour un état délirant. Dans les siens propres, un terrain allergique extériorisé en 1948-1949-1950 par des réactions cutanées : urticaire du visage accompagné de céphalées occipitales très violentes et de troubles digestifs, dysenterie avec gastralgies.

OBSERVATION 3. — D..., 32 ans, métallurgiste spécialisé, interné d'office par le Dr Gallot avec le certificat suivant (19-1-1953) : « Episodes confusionnels de quelques heures avec excitation et désordre des actes ; amnésie partielle consécutive et obnubilation prolongée. Pas d'éthyliste vrai mais la simple absorption d'une quantité minime de vin suffit pour multiplier les crises. Début il y a deux ans, un traumatisme crânien étant survenu un an auparavant, troubles du caractère, instabilité extrême, céphalées violentes, accès de somnolence incoercible évoquant le tableau clinique de narcolepsie, initialement cinq à six crises par jour (traité à la Salpêtrière, service du Dr Guillaume). Electro-encéphalogramme, bouffées d'ondes thêta, gardénal, encéphalographie envisagée, examen clinique négatif. »

Les troubles ont commencé en août 1951, deux mois après le décès brutal de son fils. Se développent alors et s'amplifient des troubles de l'humeur et du caractère, se traduisant par des manifestations d'intolérance, tant dans le milieu familial (jalousie, hyperexcitation sexuelle) que dans

son entourage professionnel. Son travail lui devient de plus en plus difficile ; il s'absente sans motif apparent, pleure et tolère de moins en moins toute remarque de ses camarades. Il se consacre à la mise au point d'un appareil, travaillant sans mesure, se dopant au maxiton (six à dix par jour), à l'alcool. Un échec dans son entreprise est suivi de l'épisode qui motive l'hospitalisation.

C'est un sujet athlétique, asthénique, extrêmement émotif ; une tante internée. En ce qui le concerne, une entérite chronique dans l'enfance, des réactions cutanées allergiques violentes, une atteinte rhumatismale à 22 ans, traitée par les sels d'or ; actuellement, des phénomènes vaso-moteurs importants au niveau des mains, une hyperlaxité ligamentaire. Tension artérielle : 11-8. Une série d'entretiens précise les phases d'hypersomnie. Première crise : fin juin 1952. Le malade ne la rattache à rien ; en fait, c'est l'anniversaire de la mort de son fils. Crise de vingt minutes survenant brusquement le soir, à table, précédée d'une phase de légère excitation, terminée par des courbatures et une impression d'épuisement. Sommeil brutal, sans rêves, cauchemars ou agitation. Les crises se renouvellent les mois suivants quatre à cinq fois par jour, le sujet ne se réveillant pas aux stimulations de son entourage et ne restant sensible, dans cet état, qu'aux seules plaintes de ses enfants.

Les crises sont devenues, dans les mois suivants, de plus en plus fréquentes, les plus rapprochées à deux jours d'intervalle, survenant sans rapport direct avec la fatigue de la journée, ou la durée du sommeil antérieur. Un seul élément déclenchant : le rappel de la situation traumatisante, rappel de plus en plus diffus. Ces phases d'hypersomnie se présentent là comme élément séméiologique de premier plan. C'est elles qui ont amené, avant l'internement, la consultation et l'hospitalisation à la Salpêtrière, sous le diagnostic « crises narcoleptiques ». Le contrôle à plusieurs reprises d'électro-encéphalogrammes, immédiatement après les crises et avec stimulation, a montré comme seule donnée des bouffées d'ondes thêta. Sous gardénal, aucune amélioration ne s'est produite. L'examen neurologique (André Thomas) est négatif. Les crises ont fait place avant l'internement à une phase d'insomnie d'une durée d'un mois. Le malade est sorti après trois mois, amélioré. Il a pu reprendre une certaine activité mais a présenté en juin 1953 un nouvel état dépressif et de nouvelles crises d'hypersomnie actuellement disparues.

OBSERVATION 4. — M., 30 ans, célibataire, métallurgiste, entre en février 1953 avec le certificat : « Psychose discordante d'évolution ancienne — syndrome de dépersonnalisation, étrangeté à l'ambiance, modification de son propre corps — pas d'anxiété actuelle. »

Sujet de morphologie athlétique, hyperémotif. A perdu son père, il y a dix ans, dans un accident brutal ; mort ressentie par lui très vivement. Depuis 1943, habite avec sa mère, « qui ne veut plus le quitter ». A vécu ces cinq dernières années une série de drames personnels. En 1946, il doit rompre avec sa fiancée, sur les exigences de sa mère, qui est opposée à son mariage.

En 1950-1951, subit sur le plan professionnel, dans le surmenage, des difficultés notables. Pris entre ses fonctions de délégué syndical et les soucis de conserver son propre travail, l'échec des revendications qu'il présente est vécu par lui avec un grave sentiment de culpabilité vis-à-vis de ses

camarades. Il quitte volontairement son entreprise, reste six mois au chômage, reprend une activité qu'il cesse sans motif valable au bout d'un mois. Un état dépressif qui inquiète son entourage motive en février 1952 une série de chocs, faits en clinique. Au témoignage de tous, il reste six mois assez bien, dans une demi-activité. Durant toute cette période, il dort beaucoup : « abruti de sommeil », note des cauchemars ayant trait à ses difficultés professionnelles. « Certains souvenirs reviennent malgré moi, ça va mieux, ça se liquide en rêvant. »

En septembre 1952, à la suite d'une visite sur la tombe de son père, devient brutalement anxieux. Insomnie, syndrome de dépersonnalisation, entraînant la nécessité de l'hospitalisation. Traité sous insuline, ce malade a présenté jusqu'au 51^e coma un réveil difficile, où ressortaient à haute voix les thèmes de ses rêves précédant son entrée dans le service. L'examen physique montrait une instabilité vaso-motrice importante. Tension artérielle = 10-6.

Plus brièvement résumées, deux autres observations :

OBSERVATION 5. — M..., 55 ans, peintre d'origine polonaise, a eu un accident en 1942 (aux mains des Allemands). Coincé entre deux wagonnets, il présente alors une gangrène de la jambe, qui guérit, mais est suivie dans la convalescence de céphalées violentes. Depuis son retour de la guerre, son caractère est devenu plus difficile ; en juillet 1951, chute d'une échelle : crise de rhumatisme, hypersomnie (« abruti à force de dormir »). Brusquement, en juillet 1952, insomnie et début de délire.

OBSERVATION 6. — L..., 25 ans, tourneur, fils unique, issu d'un foyer dissocié, marié avec une femme de deux ans son aînée. Hospitalisé une première fois pour un syndrome schizophrénique. Traité par insuline, essai de sortie. Reste quatre mois en rémission puis se met à dormir douze heures par jour. Il ne fait plus rien à la maison que manger et dormir. Sujet hyperémotif, hypotendu (10-8). Amélioré à diverses reprises par phénergan.

Ces observations montrent dans la période prépsychotique, chez un certain nombre de sujets, des phases d'hypersomnie de durée et d'intensité variables. Au plus bas degré, elles se manifestent par des bâillements, une brusque somnolence qui surprend le malade à divers moments de la journée. « C'est comme si j'avais pris un narcotique », « un sommeil de plomb », « ivre de sommeil », « j'avais toujours envie de dormir », « on aurait dit qu'il tombait en léthargie », « rien ne pouvait le réveiller ». Tels sont les témoignages cités le plus souvent par ces malades ou leurs proches. Le début de ces accès d'hypersomnie est variable, parfois progressif, mais parfois aussi, soudain, impérieux, irrésistible. Le sujet se sent alourdi, engourdi, sans que ce sommeil puisse être rattaché à un surmenage physique ou à une insuffisance de sommeil nocturne. Le sommeil est d'ordinaire profond, le sujet demeurant dans la position dans laquelle il s'est fixé, immobile. Les stimulations extérieures sont sans effet ou bien arrachent à peine un instant celui-ci à sa torpeur, dans laquelle il retombe aussitôt. Nous avons remarqué cependant dans l'observation 3, au cours

des accès narcoleptiques, que seuls les cris de son enfant provoquaient le réveil, brutal, anxieux, du malade sensibilisé à cette situation. La durée des crises est variable ; un quart d'heure parfois, plusieurs heures, aux divers moments de la journée, et sans rapport avec le rythme et les habitudes de sommeil antérieures.

Le réveil est difficile, soit que le sujet repoussant constamment son lever se rendorme, soit que debout il garde une impression de fatigue, d'engourdissement, « plus je dors, plus je suis lourd ». Sans aptitude au travail, ses gestes sont lents, peu précis, tout lui paraît difficile. Sa bouche est pâteuse, sèche. Une céphalée en casque, de faible intensité mais gênante et persistante, des vertiges, accompagnent assez souvent le réveil. On note parfois des cauchemars, en relation, dans plusieurs de nos observations, avec les traumatismes affectifs antérieurs (observation 2).

Dans plusieurs cas, nous avons pu faire le relevé électro-encéphalographique aussitôt après ces accès de sommeil. Dans les observations 3 et 4, ceux-ci ont montré, sous réactivation (S.L.I.), des bouffées d'ondes thêta, le tracé restant par ailleurs sensiblement normal (Dr Verdeaux).

En ce qui concerne l'interprétation de tels faits, on est conduit à évoquer les protocoles des expériences de Pavlov, où le sommeil provoqué par la situation expérimentale, d'abord considéré comme phénomène gênant, est repris dans une étude nouvelle et apparaît comme un processus de protection cortical. Une interprétation identique est donnée par Masserman à l'alcoolisation de ses animaux en situation névrotique.

Mais, de même que ces processus de défense, de compensation, ne sont pas constants au cours des expérimentations (seuls s'endormaient, signale Pavlov, les chiens les plus forts, les plus « musculaires »), de même avons-nous dit inconstants ces phénomènes en clinique. L'étude des antécédents de nos malades nous a permis de reconnaître chez eux une diathèse commune, se manifestant par une série de troubles allergiques (urticaire, eczéma, asthme, rhumatismes, troubles digestifs, etc... »), qui avaient motivé chez la plupart d'entre eux des consultations de spécialistes (gastrologues, cardiologues).

L'apparition de ces phases est en relation habituelle avec une intolérance plus ou moins localisée à certains faits ou situations.

Comme l'un de nous l'a indiqué dans une précédente communication (allergie et troubles mentaux, *Société médico-psychologique*, 27-10-1952), l'événement traumatisant, souvent rejeté du champ de la conscience, doit être retrouvé au cours d'entretiens répétés. Les troubles anxieux ou délirants apparaissent souvent après une phase de latence dont nous avons vu également la durée (plusieurs mois, plusieurs années, même), à l'occasion du rappel de la situation initiale.

Les observations 3 et 5 montrent la valeur de rappel toute particulière des anniversaires, dont un bel exemple nous est rapporté par Adler (« Tempérament nerveux », p. 319).

Il semble, en résumé, que l'hypersomnie constitue un mécanisme de défense, adopté surtout par les sujets allergiques et athlétiques, pour se protéger des situations conflictuelles ou pour permettre l'assimilation d'émotions traumatisantes.

Dans la période « d'incubation » des névroses et des psychoses, on rencontre souvent des accès d'hypersomnie qui représentent un des moyens de défense du sujet déjà sensibilisé à certaines situations ou émotions (un autre moyen qui souvent alterne avec lui ou lui succède étant l'alcoolisation). Il importe de déceler à temps ces manifestations et d'en comprendre à temps la signification pour pouvoir appliquer les mesures thérapeutiques utiles avant la rupture, souvent insensible, de ces mécanismes de défense.

Avantages de l'hyaluronidase dans la cure de Sakel. Résultats cliniques préliminaires, par MM. J. RONDEPIERRE, P. HYVERT, M. HENNE, R. MARTY, A. HAIM et M. JAY.

L'apparition de l'hyaluronidase en pratique médicale nous avait donné l'idée de l'employer dans la cure de Sakel. Son pouvoir de diffusion du produit injecté laissait espérer une diminution des doses d'insuline nécessaires et un raccourcissement des délais d'attente du coma, partant une diminution des frais et des risques. Dès que nous avons disposé des quantités nécessaires, le 2 mars 1953, nous avons commencé notre expérimentation, que nous pensions poursuivre sur les deux plans cliniques et biologiques jusqu'à obtenir une statistique réellement significative, c'est-à-dire au moins 100 cas expérimentaux comparés à 100 cas témoins pris au hasard parmi les cures de Sakel classiques.

On n'est jamais le premier à avoir une idée et nous avons depuis pris connaissance de la publication de Giorgio Sacerdoti dans le *Rassegna di Studi Psichiatrici* dès 1951. D'autre part, le Dr Demay avec Misès, Chanoit et Bories, ont rendu compte devant cette société, le 6 juillet dernier, de leur expérimentation qui porte sur six cas, dont le premier remonterait au 15 avril.

Enfin Blandin, Guillon et Racine ont communiqué, au dernier congrès de Pau, des notes préliminaires portant sur une dizaine de cas.

Il nous a paru intéressant de faire le point de notre expérience clinique, qui compte 33 observations, tellement cette méthode semble digne d'être généralisée. En outre, un certain nombre d'hypothèses et de recherches en cours méritent, croyons-nous, d'être citées dès maintenant.

Les cures de Sakel sont pratiquées depuis longtemps dans le service, par un personnel expérimenté, selon la même technique :

injection traçante, intra-musculaire, en deux points différents (1) de la dose d'insuline donnée à doses progressives (de 20 en 20 unités en général) avec tentative de régression des doses dès que les comas sont obtenus, réveil au bout d'une heure de coma avec sirop de sucre introduit par sonde nasale, parfois appoint de sérum glucosé intra-veineux, surveillance, alimentation et activités habituelles ultérieurement, repos un jour par semaine.

L'hyaluronidase employée titrait 250 unités viscosimétriques Schwenk par ampoule. Dissoute dans 5 cm³ de sérum physiologique, l'hyaluronidase est mélangée à l'insuline et injectées lentement en deux injections traçantes. Il est important de noter ces faits ainsi que nous le reverrons.

Il est nécessaire également, pour les comparaisons entre les statistiques, en raison des variations d'action, de noter que la pharmacie nous a fourni de l'insuline cristallisée des laboratoires de l'endopancrine et de l'hyaluronidase testiculaire Grémy, sauf pendant quelques jours, où ce fut de l'hyaluronidase bactérienne Hyason, de l'endopancrine à 2,5 unités R.V. par ampoule.

Enfin certains d'entre nous, en février et mars 1953, au cours de recherches pour tenter d'abaisser les doses nécessaires d'insuline, ont employé, avant ou en même temps que l'hyaluronidase, des dérivés de l'acide nicotinique avec des résultats intéressants mais trop peu nombreux pour mériter autre chose que d'être cités.

Nos résultats provisoires portent sur 33 malades : 16 femmes et 17 hommes, depuis le 3 mars 1953 jusqu'à ces derniers temps, tous adultes, presque tous schizophrènes avérés, en assez bon état physique, et pour trois femmes — ce sera nos trois échecs — obèses. Il n'existait préalablement aucune modification notable des constantes biologiques (sauf deux cas).

Nous ne parlerons pas des résultats thérapeutiques mentaux, nous avons trop peu de recul, mais seulement de comas obtenus et de doses administrées.

Comme le compte rendu des 33 observations dépasserait le cadre de cet exposé, nous ne rapporterons que les plus caractéristiques.

1° LES SUCCÈS REMARQUABLES.

B. Ginette, 20 ans, sténo-dactylo, placée en service libre du 16 janvier au 30 avril 1953 pour schizophrénie probable. Après quatre chocs itératifs, trois électro-chocs prolongés et deux électro-narcoses ; elle est mise à la cure de Sakel, le 17 février. Le premier coma survient le 23 février avec 240 unités d'insuline, le 25 et les jours suivants un comprimé de dinicotinate de thiamine de 25 cgr. ; pris une demi-heure avant le début du coma, permet de redescendre à 180 unités d'insuline. Le 2 mars, on remplace la médication précédente par l'adjonction de l'hyaluronidase à l'insuline injectée. On peut alors descendre à 160 unités le jour même, puis

(1) YAYAGDJ. — « Un nouveau procédé technique dans le choc à l'insuline ». *P.M.*, 18-11-50.

progressivement à 140 unités le 3 mars, 120 le 4, 110 le 5, 100 le 6, 90 le 7, 80 le 11, 70 le 26 et 60 le 27 mars, dose d'insuline maintenue du 26^e au 43^e et dernier coma. Trois crises d'épilepsie émaillent cette cure sans autre incident à signaler. On a pu ainsi réduire la dose de 240 unités d'insuline ou de 180 unités, si l'on tient compte du dinicotinate de thiamine, à 60 unités, sans observer un seul échec ou un seul coma incomplet.

T. Maryse, 23 ans, en service libre du 5 juillet au 24 septembre, pour dépression atypique évoquant la schizophrénie.

La cure de Sakel débute le 13 juillet 1953, le premier coma survient le 25 avec 260 unités d'insuline. L'hyaluronidase est commencée le 28 juillet et on peut baisser la dose d'insuline à 240 unités le jour même, jusqu'à 70 unités à partir du 18^e coma. Dès le 28^e coma, il faudra remonter à 80 unités jusqu'au 43^e coma et dernier coma. Aucun incident à signaler.

2° A L'INVERSE, NOUS OBSERVONS TROIS ÉCHECS.

Deux cas, où malgré l'association à l'hyaluronidase, il a fallu utiliser des doses d'insuline supérieures à celles données au début de la cure.

P. André, 24 ans, sténo-dactylo, placée volontairement le 6 février 1953 et sortie le 29 juin 1953. Schizophrénie déjà traitée par cure de Sakel, électro-choc, électro-narcose, sténandiol, frénantol, « petite insuline ». Elle reçoit une cure de Sakel de 60 comas avec 12 électro-chocs intriqués. Le traitement est commencé le 7 mars ; le premier coma survient le 20 mars, avec 280 unités d'insuline malgré l'injection de nicyl. Avec deux ampoules de ce produit, on arrive à réduire à 220 unités. Au 12^e coma, le 9 avril, on tente l'hyaluronidase, 250 puis 500 unités Schwenk. Malgré cela, les doses doivent être portées à 270 + 20 jusqu'à la fin du traitement. La glycémie à jeun était à 1 gr. 05. Il n'y eut aucun incident.

W. Jeanne, 36 ans, sténo-dactylo, entre pour la troisième fois dans le service, le 27 mai 1953, pour schizophrénie ancienne, ayant déjà subi deux cures de Sakel.

La glycémie à jeun au départ est de 1 gr. 71.

La troisième cure commence le 30 juin et le premier coma survient le 3 juillet avec 100 unités d'insuline. Le 9 juillet, on introduit l'hyaluronidase, mais on doit augmenter jusqu'à 170 unités et maintenir cette dose jusqu'au bout.

Enfin, nous avons eu un échec, qui est peut-être imputable à une intolérance allergique.

S. Marguerite, 39 ans, sans profession, entre le 13 mars 1953, pour délire de persécution à mécanisme interprétatif. Après 20 électro-narcoses, elle est mise à la cure de Sakel.

La glycémie à jeun, le 23 mai, est à 1 gr. 70 contre 1 gr. 20 à l'entrée.

Le traitement commence le 27 mai. Le premier coma survient le 5 juin avec 200 unités. L'hyaluronidase est commencée mais les doses d'insuline doivent être portées à 230 unités. L'apparition d'érythème généralisé fait suspendre l'usage de l'hyaluronidase le 13 juin. Le 17 juin, on fait un nouvel essai : nouvel érythème. On continue alors l'insuline seule jusqu'au bout, sans autre incident. La dose nécessaire se maintient à 250 unités jusqu'à la fin de la cure.

Les 25 autres observations peuvent se classer ainsi :

1) 12 observations très satisfaisantes, où la dose d'insuline nécessaire avant l'association de l'hyaluronidase peut être réduite de plus d'un tiers à deux tiers de la dose après adjonction de cette drogue. Il s'agit de 5 femmes et 7 hommes. L'un de ceux-ci a vu la dose nécessaire être réduite de 400 à 140 unités.

2) 5 observations apparemment très satisfaisantes mais non comparables car l'hyaluronidase a été administrée :

a) avant l'apparition du premier coma chez trois hommes chez lesquels la dose non encore utile dépassait 200 unités (un cas à 260 unités) et où la dose utile fut ramenée à 130 unités dans trois cas ;

b) d'emblée dès le début chez un homme et une femme et la dose utile ne dépassa pas 100 unités chez la femme et put être ramenée à 40 unités, ainsi que 120 unités chez l'homme et ramenée à 50 unités.

3) Dans 5 cas (2 femmes et 3 hommes), on obtient une réduction nette mais égale ou inférieure à un tiers de la dose utile.

4) 6 observations discutables (3 femmes et 3 hommes), où l'on n'obtient aucun changement de dose ou des variations favorables mais trop faibles ou transitoires.

Ainsi, ces 33 malades classés en 5 lots laissent apparaître :

2 succès remarquables,

12 résultats très satisfaisants,

5 résultats apparemment très satisfaisants,

5 résultats intéressants,

6 résultats discutables,

3 échecs dont un seul avec incident d'intolérance probable, sans gravité d'ailleurs.

DISCUSSION. — Nous ne parlerons pas de l'hyaluronidase en tant que telle — nous renvoyons à ce sujet, en particulier, à la thèse de Nicolas Guéritée, Paris, 1952, qui donne les références bibliographiques de 905 travaux sur cet enzyme — ni de l'étude biologique de l'action de l'hyaluronidase dans la cure de Sakel. Cette étude, que nous avons commencé à entreprendre, appelle des développements intéressants, non seulement sur la comparaison des courbes glycémiqes, comme l'ont déjà fait Sacerdoti et plus récemment Demay et Misès, mais sur les vitesses de diffusion, les perméabilités tissulaires, en particulier par des colorants vitaux tels que l'hémoglobine ou le bleu Evans, à comparer avec les perméabilités capillaires et des membranes, la vitesse circulatoire, l'activité électrique du cerveau, l'état des tissus : infiltration graisseuse ou œdémateuse, cellulite, l'état des protides sanguins, la recherche d'anticorps anti-hyaluronidase spécifiques ou non, les bilans hormonaux.

Il importera également d'étudier davantage l'action favorisante ou inhibitrice de certains produits — Sacerdoti l'a déjà esquissée avec la vitamine C, qu'il trouve inhibitrice dans trois cas — en parti-

culier l'histamine, les histaminiques et les anti-histaminiques pour tenter de potentialiser encore l'action de l'hyaluronidase dans la cure de Sakel.

Mais dès maintenant on peut aborder la discussion des résultats cliniques à la lumière de nos 33 cas. La première remarque est que les résultats sont inégaux alors que la technique a presque toujours été la même. Mais cette inégalité pouvait presque être prévue par la connaissance théorique de variations d'action de cet enzyme selon son origine, dont témoigne l'impossibilité actuelle d'avoir un dosage étalon international, et selon le récepteur, en raison, particulièrement, de l'existence d'anticorps spécifiques et non spécifiques, problème non encore résolu. D'autres facteurs jouent probablement. Nos trois échecs surviennent chez des femmes présentant, avant la cure, un certain degré d'embonpoint. En tout cas, on sait que des insulino-résistances progressives ont été observées dans bien des cas sans aucune administration de hyaluronidase.

La seconde remarque est que, dans la majorité des cas, l'abaissement des doses nécessaires est incontestable à l'examen de chaque cas pris isolément. Mais est-elle significative ? Car souvent l'abaissement des doses nécessaires se fait spontanément en cours de cure d'insuline. Aussi nous avons fait le calcul de la dose d'insuline utilisée par coma, pour le total des comas, et en moyenne par malade et par groupe de malades, en prenant des lots témoins de malades de même sexe, pris également au hasard parmi les cures de Sakel sans hyaluronidase. Nos calculs portent malheureusement sur un nombre de malades encore trop réduit pour être pleinement valables. Ils donnent toutefois des indications intéressantes.

1) Chez 14 hommes ayant eu 502 comas, la moyenne d'insuline utile (coma franc) est 171 unités.

2) Chez 14 premiers hommes ayant eu 645 comas avec hyaluronidase, la dose utile d'insuline fut 39 unités, soit 18,7 % de gain d'insuline.

3) Chez 5 femmes ayant eu 211 comas, la dose d'insuline utile fut 132 unités.

4) Chez les 5 premières femmes ayant eu 209 comas avec hyaluronidase, la dose d'insuline utile fut 106 unités, soit près de 20 % de gain d'insuline.

C'est cette correction dans le calcul des doses nécessaires qui objective la réduction réelle et incontestable mais dissipe l'impression, peut-être trop optimiste, que donne la comparaison des doses initiales utiles, sans hyaluronidase, et de celles auxquelles on aboutit après hyaluronidase. Il serait intéressant de continuer l'étude de ces comparaisons avec lot témoin. Cet abaissement a d'autant plus d'intérêt, évidemment, que la dose nécessaire est plus élevée.

Il semble, mais il ne s'agit que d'une impression clinique, non encore chiffrée (deux cas seulement), que le premier coma vrai serait obtenu en moins de jours, en moyenne, que sans hyaluronidase,

lorsque celle-ci est administrée dès le début, ce qui raccourcirait la durée de la cure.

Il semble également (ces deux cas ainsi que trois cas de Demay et Misès) que la dose utile soit d'emblée moins élevée et plus vite régressive, mais il faudra reprendre des comparaisons plus étoffées.

Il semble que les comas apparaîtraient d'une façon plus constante au cours de la cure, le nombre de jours intercalaires, avec échec ou sub-coma, étant plus réduit, ce qui a le grand avantage, pour un nombre identique de comas, de réduire la durée de la cure.

L'étude des temps de latence, séparant l'injection du début du coma, montre que ce temps est raccourci. Le gain peut atteindre facilement 45 minutes.

Le calcul, sur deux lots de 14 malades hommes, pour l'ensemble des comas, montre que le temps de latence moyen chez les malades n'ayant pas eu d'hyaluronidase est 2 heures 59 et chez ceux en ayant eu 2 heures 26, soit un gain moyen de 33 minutes.

Le réveil semble, ainsi que l'ont déjà noté Demay et Misès, plus facile et les incidents : crises d'épilepsie, comas prolongés, rechutes dans le coma après le réveil, semblent moins fréquents.

Méthodes d'injection. — On sait que l'effet de l'hyaluronidase est variable selon la vitesse d'injection et que des inter-réactions peuvent exister lorsqu'on mélange des protéines différentes : hyaluronidase et insuline. C'est pourquoi nous avons précisé plus haut notre technique d'injection, les résultats ne valant que pour celle-là.

Enfin, la toxicité expérimentale nulle (200.000 fois la dose active par toutes les voies, intraveineuse comprise, sans incident) est confirmée par l'absence de toute réaction locale, focale ou générale, dans 32 cas, et par l'absence de complication dans le cas précité où un érythème est apparu après plusieurs jours d'administration d'hyaluronidase, a disparu avec cette administration, est réapparu après une tentative de reprise et a définitivement disparu après l'arrêt de la médication.

Nous l'interprétons provisoirement comme une réaction sans gravité.

CONCLUSIONS. — 1° L'adjonction de l'hyaluronidase à l'insuline, incontestablement, permet d'abaisser la dose d'insuline nécessaire pour provoquer le coma, avantage particulièrement intéressant quand des doses élevées étaient nécessaires.

2° Le premier coma vrai semblerait être obtenu plus rapidement et les comas apparaîtraient d'une façon plus constante au cours de la cure.

3° Le coma est obtenu plus tôt par rapport à l'heure d'injection de l'insuline (gain moyen 33 minutes).

4° Le réveil semble plus facile. Les incidents (crises d'épilepsie, comas prolongés, rechute dans le coma après le réveil), semblent moins fréquents.

5° L'hyaluronidase est un enzyme pratiquement inoffensif.

DISCUSSION

M. X. ABÉLY. — Je tiens à confirmer les intéressants résultats rapportés par les auteurs de la communication et par ceux de travaux antérieurs. J'ai pratiqué depuis plusieurs mois l'adjonction de l'hyaluronidase à la cure de Sakel. Cette technique permet, dans un grand nombre de cas, de diminuer la dose d'insuline et d'obtenir un coma plus rapide. Toutefois, il faut faire preuve de quelque prudence. L'hyaluronidase diffuse, non seulement les médicaments, mais aussi les microbes et les toxines déjà existants. Il y aurait quelque danger à l'utiliser dans les cas sur lesquels insiste Hyvert et que l'on rencontre parfois dans la schizophrénie, où l'on peut déceler une imprégnation tuberculeuse même discrète. Des précautions sont donc à prendre dans ce sens.



Election de huit membres correspondants nationaux

Après lecture d'un rapport de M. le professeur J. DELAY, au nom d'une commission composée de MM. P. ABÉLY, M. BERGERON et J. DELAY, rapporteur, M. le D^r J. THUILLIER est élu *membre correspondant national*, par 15 voix sur 16 votants.

Après lecture d'un rapport de M. le professeur G. HEUYER, au nom d'une commission composée de MM. P. ABÉLY, L. MICHAUX et G. HEUYER, rapporteur, M. le D^r M. FELD est élu *membre correspondant national*, par 15 voix sur 16 votants.

Après lecture d'un rapport de M. le professeur G. HEUYER, au nom d'une commission composée de MM. A. BROUSSEAU, A. FRIBOURG-BLANC et G. HEUYER, rapporteur, M. le D^r J. LE BEAU est élu *membre correspondant national*, par 16 voix sur 16 votants.

Après lecture d'un rapport de M. Paul ABÉLY, au nom d'une commission composée de MM. P. COSSA, A. CRÉMIEUX et P. ABÉLY, rapporteur, M. le D^r M. LE BRAS est élu *membre correspondant national*, par 16 voix sur 16 votants, et M. le D^r P. NAVARRE est élu *membre correspondant national*, par 15 voix sur 16 votants.

Après lecture d'un rapport de M. M. BERGERON, au nom d'une commission composée de MM. P. ABÉLY, Y. PORCHER et M. BERGERON, rapporteur, M. le D^r P. BENSOUSSAN est élu *membre correspondant national*, par 15 voix sur 16 votants.

Après lecture d'un rapport de M. M. CHATAGNON, au nom d'une commission composée de MM. J. DELAY, L. MICHAUX et M. CHATAGNON, rapporteur, M. le D^r J. DE MONTRÉMY est élu *membre correspondant national*, par 14 voix sur 16 votants.

Après lecture d'un rapport de M. M. TEULIÉ, au nom d'une commission composée de MM. X. ABÉLY, Ch. CHANÈS et M. TEULIÉ, rapporteur, M. le D^r M. TIXADOR est élu *membre correspondant national*, par 15 voix sur 16 votants.

La séance est levée à 18 heures.

Le secrétaire général,
D^r Paul ABÉLY.

SOCIÉTÉS

Société française de neurologie

Séance du 5 novembre 1953

Présidence : **M. R. MOREAU**, président

A propos d'une méningo-uvéite ayant succédé à une hépatite à rechute, par MM. Th. ALAJOUANINE, G. BOUDIN, O. SABOURAUD et H. DUCROT.

Malade qui pose le problème d'une méningo-uvéite, groupement décrit, soit à l'état isolé, soit au cours d'affections diverses, et qui n'a vraisemblablement pas une étiologie univoque. Le malade a présenté un syndrome méningo-encéphalitique dans le décours d'une hépatite à virus, syndrome accompagné d'une uvéite unilatérale gauche avec décollement de la rétine et d'une canitie. Actuellement, six mois après le début, persistent de gros troubles mentaux à type de confusion mentale, avec maniérisme, puérilisme, idées hypocondriaques, associées à des altérations du liquide céphalo-rachidien analogues à celles que l'on observe dans la sclérose en plaques et à une importante atrophie cérébrale. Les auteurs pensent qu'il s'agit d'un groupe spécial qu'ils n'ont pu rattacher, par les différents examens biologiques qu'ils ont fait pratiquer, ni à une leptospirose, ni à une rickettsiose, ni à une maladie exceptionnelle, comme la maladie de Harada.

Uvéite isolée de nature indéterminée avec signes importants d'atteinte (syndrome de Parinaud et troubles vestibulaires), par M. J. DEREUX

Observation d'une malade atteinte d'une uvéite isolée, indéterminée, et qui présente des troubles nerveux particulièrement importants : inexcitabilité vestibulaire totale bilatérale et syndrome de Parinaud.

De cet ensemble symptomatique, l'auteur tire des arguments en faveur de la théorie de Kissel et Hartmann, qui proposent « l'intégration de l'uvéïte chronique isolée dans le groupe des syndromes uvéo-méningés à virus filtrants dont elle serait une forme mineure ».

Sur une dystrophie familiale particulière : inhibition précoce de la croissance et ostéolyse non mutilante acrale avec dysmorphie faciale, par M. J. HOZAY.

L'auteur a observé chez un frère et une sœur le même syndrome comprenant : 1° inhibition de la croissance des extrémités à partir de l'âge de 3 ans avec importante réduction du volume des segments acraux ; 2° troubles trophiques au même niveau, mais n'allant pas jusqu'à l'élimination de séquestres ou la constitution d'ulcérations durables ; 3° disparition des oscillations au niveau des membres ; 4° fonte osseuse des phalanges en sucre d'orge ou en flammèche ; 5° absence de troubles sensitifs ; 6° dysmorphie faciale ; 7° débilité mentale ; 8° myopie. L'auteur discute la place de ce syndrome dans les acropathies ulcéro-mutilantes et les acromicries.

L'avenir des nouveau-nés réanimés, par MM. G. TARDIEU et J. TRELAN.

166 cas d'enfants ayant eu des accidents de naissance et suivis ultérieurement. Les déficits intellectuels, les troubles moteurs, les troubles du caractère sont beaucoup plus fréquents et plus graves chez les enfants réanimés que chez les autres et que dans la population générale. Le tribut le plus lourd est payé par les enfants réanimés au bout de plus de quinze minutes.

Syndrome acromégaloïde ; anévrisme intracranien.

par MM. P.-F. GIRARD et GUINET-MORNEIX.

Syndrome acromégaloïde à développement progressif chez une femme de 30 ans épileptique depuis l'enfance. La radiographie du crâne a montré au niveau de la selle turcique une calcification en coquille d'œuf correspondant à un anévrisme carotidien ancien. Les auteurs insistent sur la rareté d'un tel syndrome au cours d'anévrismes carotidiens, qui entraînent plutôt de l'hypopituitarisme.

Etude clinique et électro-myographique d'un cas distinct de la dyssynergie cérébelleuse myoclonique de Ramsay Hunt, par MM. S. DAUM, R. LECASBLE et FONCIN.

Malade chez laquelle éclatent sans arrêt des paroxysmes myocloniques aggravés par les mouvements volontaires et ne cédant qu'au sommeil. L'électro-encéphalographie ne montre qu'une dysrythmie généralisée sans traduction corticale des myoclonies ; l'électromyographie affirme le caractère myoclonique des mouvements anormaux de cette affection, qui se présente comme une myoclonie-épilepsie de classement nosologique incertain.

Commentaires sur le traitement de la sclérose en plaques par la cortisone, par M. A. BALLIVET

Chez six malades, traitement par la cortisone, dont l'action essentielle semble surtout psychique. Il est très difficile de parler d'amélioration clinique, étant donné la tendance évolutive si capricieuse de cette affection.

**Sclérose latérale amyotrophique héréditaire,
par M^{me} M.-A. RADERMECKER**

Apparition d'une sclérose latérale amyotrophique chez un homme dont le père était décédé de la même maladie vérifiée histologiquement ; il s'agit de maladie de Charcot typique. Dans la même famille, l'auteur a observé des cas de maladie de Parkinson héréditaires qui, comme dans la maladie de Charcot, se transmettent de façon dominante. Enfin, dans un cas de maladie de Parkinson, est survenue une amyotrophie progressive purement spinale.

**Un cas de métastase dans le tronc du nerf moteur oculaire commun,
par MM. DE AJURIA GUERRA et P. BRÉGEAT.**

Au cours de métastases cérébrales multiples, syndrome de paralysie de la III^e paire droite, qui était due à une métastase dans le tronc du nerf et qui en dissociait les fibres.

**Electro-myographie des muscles radiaux à l'état normal,
par MM. A. TOURNAY et J. PAILLARD.**

Les auteurs ont étudié par l'électromyographie la physiologie des radiaux. Le 1^{er} radial avait une action d'abduction de la main et accessoirement d'extension tandis que le 2^e radial est extenseur direct. Ceci vérifie en tous points les opinions de Duchenne de Boulogne.

Heureux effets antalgiques dans un cas de lèpre tropho-neurotique persistant après 10 ans, à la suite d'une lobotomie pré-frontale. gauche, par MM. D. PETIT-DUTAILLIS, A. THEVENARD, M. BOUVET et R. MESSIMY.

Les auteurs ont décidé de pratiquer une lobotomie unilatérale gauche chez un homme présentant une névrite cubitale bilatérale de longue date avec hypertrophie des nerfs cubitaux, troubles trophiques considérables, douleurs très vives, caractérisées par une impression de froid intense, état dépressif grave. Cette intervention a amené une sédation presque immédiate et durable, permettant la reprise d'une vie professionnelle active. Il s'agissait d'une forme ischémique de causalgie et la lobotomie semble avoir influé sur la part neuro-végétative de l'affection.

Groupement français d'études de neuro-psycho-pathologie infantile

Séance du 16 novembre 1953

Présidence : M. J. DUBLINEAU, président

COMMUNICATIONS

Un nouveau test d'audition vocale, par M^{me} BOREL-MAISONNY.

Dans bien des cas, l'audiométrie tonale habituelle ne permet pas de connaître les possibilités de développement linguistique variable à déficit audiométrique égal. D'où l'étude audiométrique vocale faite avec des mots mono ou pluri-syllabiques. Trois listes sont établies pour les enfants de 2 à 4 ans, de 4 à 6 ans, de 6 à 8 ans. Le test comprend trois temps : audition pure, lecture simple sur les lèvres, association des deux procédés.

L'auteur souligne le danger de prononciations affectées. Elle conseille de préparer le test en faisant connaître à l'avance les mots sur lesquels l'enfant sera mis à l'épreuve.

L'épreuve peut avoir lieu en cabine insonore ou en chambre banale. Elle peut être mono ou bi-auriculaire. On peut utiliser le magnétophone, la voix normale ou la voix contrôlée.

De quelques mensurations des pieds et des mains dans un collège, par M. J. DUBLINEAU.

L'auteur mesure au pied à coulisse les plus grandes largeurs des mains et des pieds.

Dans un collège moderne, sur 897 cas entre 10 et 20 ans : prévalence main droite, 75 % ; prévalence pied gauche, 59,5 %.

Dans un dispensaire d'hygiène mentale, sur 392 cas : prévalence main droite, 64 % ; prévalence pied gauche, 52 %.

Dans un internat de cas sociaux : prévalence main droite, 69 % ; prévalence pied gauche, 61 %.

Dans un internat de filles débiles, sur 125 cas : prévalence main droite, 65 % ; prévalence pied gauche, 60 %.

Dans une section de détenus criminels, sur 184 cas : prévalence main droite, 74 % ; prévalence pied gauche, 50 %.

Dans les classes préparatoires d'école primaire : prévalence main droite, 75 % ; prévalence pied gauche, 50 %.

On voit que les mensurations des criminels adultes sont très proches de celles des enfants des classes préparatoires.

D'ailleurs, la prévalence du pied gauche augmente jusqu'à 13 ans puis elle cesse d'être nette pour le redevenir à 18 ans. Cette période de 13 à 17 ans est contemporaine de la phase où surviennent avec prédilection les troubles du caractère. Il semble donc qu'il y ait un parallélisme entre difficultés caractérielles et difficultés de latéralisation.

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

Elections

Président pour 1954 : M. A. TOURNAY.

Vice-présidente : Mme BOREL-MAISONNY.

Sont élus *membres médecins* : MM. les D^{rs} FORMO-RABATTU, Claire JURE-DIEU, BOUVIER, H. BONNET, DANON-BOILEAU; *membres non médecins* : MM. JAMPOLSKY, LUCCIONI, Mme BACKES-THOMAS.

S. LEBOVICI.

Société belge de neurologie

Séance du 24 octobre 1953

Présidence : M. A. DEWULF, président

Etude électroclinique d'un nouveau cas de leucoencéphalite sclérosante subaiguë (maladie de Ludo VAN BOGAERT).

Après un rappel historique de l'affection, les auteurs rapportent le cas d'un jeune garçon, intelligent, sans antécédents héréditaires ou personnels, dont la maladie débuta à 8 ans par une régression intellectuelle rapide, suivie des troubles moteurs avec chutes, agitation, maux de tête, troubles de la parole, incontinence, apparition de tics puis de torpeur, et enfin de crises épileptiformes.

L'électro-encéphalogramme montre un tracé de base très perturbé avec des paroxysmes typiques, toutes les dix à vingt secondes, coïncidant parfois avec des myoclonies. La radiographie du crâne montre une disjonction des sutures pariétales; à l'encéphalographie gazeuse, les ventricules sont petits. Les examens oculaires et sérologiques sont normaux.

Présentation de documents et discussion du diagnostic,

Note sur une technique de prélèvement de biopsies neuro-musculaire
par M. C. COËRS.

L'auteur pratique la biopsie au point moteur repéré sur la peau, ou mieux, sur le muscle mis à nu, et utilise une coloration vitale permettant de découvrir les endroits bien innervés. Les résultats sont démontrés par de nombreux clichés.

Encéphalite apparue après vaccination combinée T. A. B. antitétanique, antidiphthérique. Aspects cliniques et encéphalographiques, par M. G. ANDRÉ-BALISEAUX.

Observation d'une fillette de 5 ans qui avait bien supporté, à 6 mois, une première injection de ce vaccin combiné, mais qui, à la 2^e injection, présenta des troubles cérébraux graves avec hémiparésie droite, aphasie et crises épileptiques. Les électro-encéphalogrammes successifs permettent de voir se dégager petit à petit un foyer pariéto-occipital gauche. L'enfant fait jusqu'à 30 ou 40 crises par jour. Un an après, ce foyer se réduit, mais un autre s'annonce dans la région pariétale. Cependant, l'état clinique s'améliore et l'enfant prend l'allure d'une débile avec troubles du caractère. Il s'agit vraisemblablement d'une encéphalite périveineuse.

La cellule nerveuse à l'état normal et pathologique, par M. A. DEWULF.

Présentation d'un choix de clichés que l'auteur a extraits de sa riche collection personnelle, pour démontrer les caractères essentiels des cellules nerveuses normales et de leurs réactions aux divers agents pathologiques.

J. LEY.

ANALYSES

LIVRES, THÈSES, BROCHURES

NEURO-PSYCHIATRIE

Etudes de psychologie médicale, par Jean DELAY, professeur à la Faculté de médecine de Paris, médecin des hôpitaux, directeur à l'Institut de psychologie. *Préface* de René LERICHE, membre de l'Institut, professeur honoraire au Collège de France (1 vol., 228 p., Masson et C^{ie} édit., Paris, 1953).

Ainsi que l'écrit dans une intéressante préface le professeur René Leriche, le nouveau livre du professeur Jean Delay renferme sous un titre modeste une série d'essais sur des problèmes fondamentaux de la physiologie normale et pathologique de la vie mentale. C'est dire tout l'intérêt d'un recueil où les qualités d'exposition de l'auteur permettent à chacun d'aborder les problèmes en apparence les moins accessibles, d'en comprendre le sens, d'en concevoir les solutions.

Les premières pages du volume sont un hommage du professeur Jean Delay à l'œuvre considérable du professeur Henri Claude, son prédécesseur à la chaire de clinique des maladies mentales de la Faculté de médecine de Paris, œuvre médicale, œuvre neurologique, œuvre psychiatrique.

Dans une étude des sensibilités cérébrales et des agnosies, M. Jean Delay, à partir de la notion d'analyseurs tactiles, met l'accent sur la dualité des agnosies tactiles : agnosie perceptive qui est un trouble de la différenciation des objets, agnosie sémantique qui est un trouble de la reconnaissance des objets.

Le rôle du diencephale dans les régulations psychologiques, régulation des instincts, de l'humeur et de la conscience, est ensuite précisé ainsi que les interactions étroites entre l'écorce, laquelle joue un rôle dans la régulation affective, apanage de la base, et la base qui intervient à son tour dans la régulation intellectuelle, rôle essentiel de l'écorce. Les fonctions psychiques de l'encéphale apparaissent ainsi hiérarchiquement subordonnées et, selon l'expression de Sherrington, intégrées.

Mettant en évidence, par de nombreuses citations, la prescience de Ribot dont trop d'idées, oubliées ou méconnues, sont parfois présentées comme

des nouveautés, le professeur Jean Delay montre ensuite que, « le premier en France, Ribot a compris la portée des théories de Jackson sur la hiérarchie des fonctions nerveuses, les lois de leur évolution et de leur dissolution ». Précédant le néo-jacksonisme, Ribot a montré le rôle de l'instinct et celui de l'inconscient dans l'organisation et la désorganisation. Ouvrant la voie à Freud, il a identifié la dissolution affective à des arrêts d'évolution ou à des régressions vers des stades infantiles du développement.

Un laboratoire de psychométrie est devenu une annexe indispensable à tout service de psychiatrie ; les tests doivent être utilisés, non seulement aux fins de recherches psychopathologiques mais dans la pratique médicale quotidienne et même dans l'expertise médico-légale. M. Jean Delay fait un clair exposé critique des tests d'intelligence et des tests de caractère, soulignant que leur emploi comporte de multiples causes d'erreur (d'où l'utilité d'une batterie de tests différents) et que leurs résultats, comme tous ceux des examens de laboratoire, ne doivent être interprétés qu'en fonction de l'ensemble clinique.

La caractérologie a été l'objet de nombreuses études exposées et classées ici selon qu'il s'agit de caractérologie clinique descriptive, de caractérologie constitutionnelle, ou de caractérologie institutionnelle. Si les facteurs biologiques déterminent l'individu, les facteurs sociologiques créent le personnage. Et le caractère n'est pas seulement le point de rencontre d'influences biologiques et d'influences sociales, il est aussi le fruit d'une synthèse créatrice, d'un lent travail de soi sur soi vers un idéal conçu par le sujet. Un caractère, ajoute l'auteur, n'est jamais achevé.

Les méthodes de choc, dont l'apport à la psychiatrie entraîna de si importantes conséquences, d'ordre thérapeutique sans doute mais aussi, fait remarquer l'auteur, en contribuant à l'intégration de la psychiatrie à la biologie générale, ont été l'objet de nombreux travaux, bien connus de nos lecteurs, du professeur Jean Delay. Il les résume ici, rappelle l'histoire de ces méthodes, leur mécanisme, les rapports avec la réaction d'alarme, le syndrome humoral de l'électro-choc. Comparant les chocs biologiques et les chocs psychologiques, il dégage, dans la réaction d'alarme et ses implications diencéphaliques, diencéphalohypophysaires et diencéphalofrontales, un mécanisme général et commun à tous les chocs, biologiques ou psychologiques. L'alarme de l'organisme constituerait ainsi le facteur thérapeutique essentiel.

Les divers aspects de la psychochirurgie, chirurgie lésionnelle et chirurgie fonctionnelle du cerveau, cette dernière d'acquisition récente et dont on ne saurait prévoir encore, ni tous les développements, ni toutes les conséquences, sont ensuite envisagés avec prudence : aspect anatomique et aspect physiologique, indications et résultats des sections (lobotomies, thalamotomie) et des résections (lobectomies, topectomies). Des exemples montrent que la psychochirurgie, thérapeutique de refuge, ne doit être employée qu'après échec des autres méthodes de traitement. Et, de même que ceux obtenus par l'électro-choc, les résultats habituels de la psychochirurgie, ceux en particulier obtenus dans la sphère thymique, posent le problème des relations anatomiques, psychologiques, physiologiques, entre le lobe frontal et le diencéphale.

La discussion des méthodes modernes de thérapeutique psychiatrique n'eût pas été complète si l'auteur n'avait ensuite, sous le nom de médicaments psychologiques, passé en revue l'action thérapeutique des chimio-

thérapies récentes. Cela, qu'il s'agisse d'agents chimiques s'attaquant à la cause des désordres mentaux (infections, intoxications, viciations humorales ou hormonales) ou des nombreux médicaments utilisés contre divers symptômes. Qu'il s'agisse du rôle de l'acide glutamique pour l'amélioration du rendement intellectuel, de l'action des amines sympathomimétiques, psychotoniques ou de l'action des barbituriques sodiques « psycholeptiques » sur l'élévation ou l'abaissement de la tension psychologique, des faits cliniques en appuient la démonstration. Quant à la narco-analyse, psychanalyse chimique dont le professeur Jean Delay a déjà souligné la valeur comme méthode de diagnostic des maladies mentales, elle associe dans l'action thérapeutique la chimiothérapie d'un médicament psychologique, à une médication psychologique (au sens de Pierre Janet), c'est-à-dire à une psychothérapie. L'auteur se réserve d'ailleurs de revenir sur ce sujet dans une deuxième série d'études de psychologie médicale.

D'origine très ancienne, la médecine dite psychosomatique, médecine qui, si elle n'était pas psychosomatique, ne serait pas ou, ce qui revient au même, serait fort incomplète, a, comme toute la médecine, bénéficié des acquisitions de la clinique, de l'expérimentation, des progrès des sciences dites annexes. Elle a acquis des bases expérimentales psycho-physiologiques à l'exposé desquelles est consacré le dernier chapitre de cet important volume et dont la thérapeutique a confirmé la réalité. Retour aux principes, ça et là oubliés, d'une médecine hippocratique, globale, à la lumière non pas tant de faits cliniques nouveaux que des acquisitions nouvelles des sciences médicales venues leur apporter une confirmation. Ce qui est loin de diminuer la valeur de ces démonstrations. N'est-ce pas aussi un hommage rendu à nos précurseurs que tant de leurs observations cliniques, des vues de leur esprit se voient ainsi confirmées à l'aide de moyens d'investigation scientifique qu'ils ne possédaient pas.

Il a bien fallu se contenter ici d'un compte rendu qui ne soit autre chose qu'une table des matières en présence d'un livre si divers et si dense, si riche d'idées et si rempli de faits, et qui traite de problèmes choisis parmi les principaux de ceux qui intéressent actuellement la neuro-psychiatrie. Chacun de ses chapitres eût mérité d'être présenté isolément. Mais ce serait une tâche impossible, chacun d'eux constituant lui-même un tout dont rien ne saurait être retranché, un texte que tout commentaire ne saurait qu'affaiblir, que tout résumé ne pourrait que mutiler. « Ces pages », écrit le professeur René Leriche, « se lisent sans effort et dans la joie de comprendre ». A leur abondante documentation, aux travaux personnels dont il les a enrichies, le professeur Jean Delay a joint les qualités d'un enseignement aux qualités duquel tous rendent hommage. Ce volume d'études de psychologie médicale a sa place marquée dans toute bibliothèque neuro-psychiatrique.

René CHARPENTIER.

Affections psychotiques et névrotiques chez les jumeaux (Psychotic and neurotic illnesses in twins), par Eliot SLATER et James SHIELDS (1 vol. VI, 336 p. Her Majesty's Stationery Office, Londres, 1953),

Après avoir rappelé les travaux antérieurs sur les troubles mentaux observés chez les jumeaux, les auteurs décrivent les recherches effectuées par eux. Commencées en 1936, interrompues pendant la guerre, reprises en

1947, elles ont permis d'observer 295 cas : 67 uniovulaires, 224 biovulaires, le reste douteux. Dans les deux tiers, il s'agissait de femmes. Au point de vue mental, furent diagnostiqués : 156 schizophrénies, 38 psychoses affectives, 49 troubles organiques, 52 états psychopathiques et névrotiques. Le risque d'atteinte psychotique est augmenté pour les jumeaux biovulaires, si l'un des parents ou les deux étaient mentalement anormaux. Chez les jumeaux univitellins, les personnalités sont très ressemblantes ; chez les jumeaux bivitellins, le moins intelligent est plus prédisposé aux affections psychopathiques ou aux troubles mentaux à base organique mais, pas plus que l'autre jumeau, à la schizophrénie ou aux perturbations affectives. Le matériel clinique est soigneusement décrit. Nombreux tableaux groupant les données numériques. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

CARACTÉROLOGIE

Le vœu suprême de Socrate ou la connaissance de soi-même et des autres, par Marcel VIARD (1 volume, 164 pages avec schémas et figures Vigot, Paris, 1953).

Préfacé par le professeur Laignel-Lavastine, l'ouvrage, après la définition des bases de la biotypologie et de la psychologie différentielle, comprend un rappel des classifications de Sigaud, Allendy, Martiny, Sheldon, Jung. Puis, l'auteur expose les principes de sa méthode personnelle de psychologie clinique objective fondée sur la connaissance des constitutions, des tempéraments, du rôle des glandes endocrines et du système neuro-végétatif. L'étude des corrélations entre le physique et le psychisme du sujet aboutit à la description de quatre types : réalisateur, penseur, mobile, sédentaire. Leur diagnostic est fait par la recherche de 12 signes constants traduisant la constitution et de 12 signes variables, reflétant le tempérament. Une formule psychologique chiffrée peut être établie. Pour l'identification du type psycho-physique, une sémiologie précise est nécessaire, se basant sur la morphologie d'ensemble du corps, l'étude du crâne, du visage, de la main, l'aspect du geste et celui de l'écriture. La connaissance de la formule psychologique permet une meilleure utilisation des aptitudes, une correction de certaines déficiences, des applications pratiques nombreuses. Des figures et des schémas facilitent la compréhension de l'exposé.

V.-J. DURAND.

PSYCHANALYSE

La personnalité névrotique de notre temps, par KAREN HORNEY (1 vol., in-8°, 192 pages, traduit par Jean PARIS, in « Collection Psyché », L'Arche édit., Paris 1953).

Le but de l'auteur de ce livre fut de donner l'image du névrosé qui vit en notre société, de ses conflits réels, de ses angoisses, de ses souffrances, des nombreuses difficultés qu'il rencontre dans ses rapports avec autrui et avec lui-même. Difficultés névrotiques « actuelles » qui proviennent, non

seulement d'expériences individuelles fortuites mais aussi des conditions culturelles spécifiques dans lesquelles nous vivons, conditions culturelles qui, selon Mad. Karen Horney, dépassent en importance les conditions biologiques et physiologiques sur lesquelles a insisté Freud. L'auteur, qui met l'accent sur le rôle de l'angoisse dans la formation des tendances caractérielles névrotiques, voit la source essentielle de l'angoisse névrotique dans les impulsions hostiles de toutes sortes et le refoulement de l'hostilité. Une névrose ne naît que si le conflit engendre de l'angoisse et si les tentatives d'apaiser cette angoisse entraînent, à leur tour des tendances défensives, aussi impérieuses qu'incompatibles.

Mad. Karen Horney décrit divers procédés utilisés pour se protéger contre l'angoisse, procédés qui jouent un rôle décisif dans la vie de nombreuses personnes : le besoin névrotique d'affection, ses caractéristiques, ses moyens, la sensibilité du sujet au refus, le rôle de la sexualité dans ce besoin névrotique d'affection ; la recherche du pouvoir, du prestige et de la possession, la compétition névrotique différenciant de la compétition normale par son caractère destructeur générateur d'angoisse ; les sentiments névrotiques de culpabilité, la peur de la désapprobation et le recours à la souffrance névrotique, qui est aussi pour le névrosé un moyen d'obtenir ce qu'il désire, d'exprimer et de justifier ses exigences. Dans la mesure où elle remplit certaines fonctions, ajoute l'auteur, la souffrance névrotique n'est pas ce que la personne recherche mais ce qu'elle paie et la satisfaction que cette personne convoite n'est pas la souffrance en elle-même mais la délivrance de soi.

Critiquant le manque d'orientation sociologique de Freud, contre-partie de son orientation biologique, Mad. Karen Horney insiste sur le fait que, dans les rapports sociaux et même familiaux, la compétition est l'un des facteurs prédominants. Elle souligne le rôle du succès dans l'estime de soi. Et « l'isolement affectif, déjà pénible à supporter, devient une calamité lorsqu'il coïncide avec des appréhensions et des incertitudes sur soi-même ». D'où comme remède le besoin accru d'affection.

Toute névrose recèle des tendances contradictoires que le névrosé est incapable de concilier et il existe dans notre culture des contradictions sous-tendant les conflits typiquement névrotiques. Mme Karen Horney cite, en particulier, la contradiction entre la compétition et la réussite, entre l'amour fraternel et l'humilité, entre l'exaltation de nos besoins et la frustration réelle de leur satisfaction, entre la prétendue liberté de l'individu et ses limitations réelles. Alors qu'un sujet normal peut venir à bout de ces difficultés sans dommage, pour sa personnalité, chez le névrosé les conflits se trouvent intensifiés à un degré tel que leur solution en devient impossible. Il est « le souffre-douleur de notre civilisation ».

R. C.

La névrose anagapique et ses formes cliniques. (La neurosi anagapica e le sue forme cliniche), par M. LEVI-BIANCHINI (de Naples), (1 volume, 106 pages, Edizione delle Rivista di Psicopatologia, Neuropsichiatria e Psicoanalisi Miano, Naples, 1953).

L'auteur décrit comme une entité clinique la névrose anagapique ou anagapie, voisine mais différente de la névrose d'abandon. Elle se rapporte

principalement à des traumatismes psychiques de l'enfance ou de l'adolescence : soit mauvais traitements physiques ou moraux, soit amour excessif des parents ou de leurs substituts. Dans le premier cas, le désordre moral de la victime arrive jusqu'à la criminalité ; dans le second, s'observent des réactions dépressives avec hystérie, phobies, frigidité, impuissance, épilepsie psychogène. La névrose d'abandon contracte des rapports variables avec la névrose anagapique dont elle peut constituer parfois une forme atténuée. Décrivant le tableau clinique de l'anagapie, sa psychopathogénie, ses relations avec le complexe d'Edipe, l'auteur rapporte 31 observations détaillées, puis montre la place de ce syndrome dans le domaine de la psychanalyse ; enfin, il en étudie le traitement, ordinairement efficace quand la cause des troubles peut être retrouvée. Importante bibliographie.

V.-J. DURAND.

Événement corporel et psychose, (Körpergeschehen und psychose). par Wilhelm KÜTEMAYER (d'Heidelberg), (1 volume, VIII 136 pages, Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart, 1953).

Appartenant à une série d'ouvrages publiés sous la direction de Viktor von Weizsäcker, ce livre préfacé par ce dernier auteur présente la description d'un cas complexe associant une lésion mitrale grave à un état de dépression endogène. L'étude est faite à la fois sur le plan de la clinique médicale classique, sur celui de la psychiatrie et sur l'interprétation d'un abondant matériel de rêves. Les divers problèmes posés par l'évolution, la symptomatologie, les applications psychanalytiques possibles, l'interaction des manifestations cardiaques, mentales, oniriques, les difficiles questions soulevées par les relations du physique et du moral, l'analyse structurale de l'hypocondrie, de la mélancolie, des sentiments de culpabilité et d'auto-accusation, sont quelques-uns des points de cette importante monographie marquée de l'esprit de l'école de Viktor von Weizsäcker. En appendice, sont rapportés les 498 rêves sur lesquels s'appuie l'étude psychanalytique. Bibliographie portant uniquement sur des travaux en langue allemande.

V.-J. DURAND.

L'enquête dans la sphère des relations intimes (Die Umfrage in der Intimsphäre), par Ludwig V. FRIEDEBURG (Beiträge zur Sexualforschung, n° 4, 1 volume, 96 pages, Ferdinand Enke, Verlag-Stuttgart, 1953).

L'auteur rapporte les résultats d'une enquête faite auprès de 1.010 personnes des deux sexes, résidant en Allemagne occidentale, pour étudier leur comportement sexuel. Un ensemble de 60 questions leur fut posé, rappelant celles utilisées par Kinsley. Certaines questions sont communes aux sujets masculins et féminins, d'autres sont particulières à chaque sexe. Parmi les nombreuses données numériques rapportées et analysées, on peut en citer quelques-unes. Question 4 (pour l'homme) : « Pensez-vous qu'une femme doit être mariée, pour vivre vraiment heureuse ? » : 62 % de oui, 21 % de non, 17 % sans opinion. La même question (pour la femme) : « Pensez-vous qu'un homme doit être marié pour vivre vraiment heureux ? » : 41 % de oui, 40 % de non, 19 % sans opinion. Question 15 : « Croyez-vous que la plupart des ménages en Allemagne aujourd'hui vivent

heureux, dans l'indifférence, ou sont malheureux ? » : heureux, 12 % ; indifférents, 39 % ; malheureux, 25 % ; pas d'opinions, 24 %. D'importants commentaires sont faits à propos de chaque question et des résultats obtenus. Nombreux tableaux.

V.-J. DURAND.

Psychologie du choix du travail et des troubles du travail, par Ulrich MOSER. (Psychologie der Arbeitswahl und der Arbeitsstörungen. Tiefenpsychologie, Socialpsychologie, Schicksalspsychologie. (1 vol. Hans Huber, Berne 1953).

Dans cet ouvrage dense et très bien documenté, le Dr Moser (de Zurich), spécialiste en psychotechnique et en orientation professionnelle, soumet le problème du travail à un examen approfondi. Considérant notamment le choix du travail du point de vue psychologique et envisageant les troubles du travail d'après les méthodes nouvelles issues de la psychologie des profondeurs, d'après les tests et en particulier le test de Szondi et le Thematic Aperception Test, le Dr Moser arrive à compléter, par des idées et des suggestions nouvelles, la banale expérience du travail telle qu'elle résulte de la satisfaction de besoins vitaux, du besoin d'activité, du besoin de prestige, du sentiment du devoir et de la nécessité du gain. Il montre l'opérotropisme décrit par Szondi sous ses aspects divers, c'est-à-dire l'attirance de l'individu vers le travail, tantôt conditionnée par l'action directe de certaines pulsions, tantôt due à des mécanismes de défense, tantôt n'étant que l'expression de soupapes de sûreté. L'auteur présente enfin un tableau des troubles du travail, en insistant notamment sur le rôle des conflits mentaux et de la sexualité, sur les tensions dues au milieu dont il résume les multiples influences en faisant usage de l'analyse psychologique créée par Murray (T.A.T.), qui utilise les notions de « need », de « press » et de « thèmes ».

Dans ses démonstrations, l'auteur invoque souvent l'autorité d'auteurs connus, tels que Cuvillier, H. A. Murray, R. Laforgue, G. Friedmann. Employant les notions psychanalytiques appliquées par Szondi et H. A. Murray à l'examen psychologique, le livre du Dr Moser présente un cachet d'originalité et comporte un bilan des acquisitions nouvelles.

E. STUMPER.

HYGIÈNE ET PROPHYLAXIE

Deuxième Congrès international d'hygiène et de médecine scolaire, Lyon, 9-12 juillet 1952 (1 vol. in-8°, 504 pages, G. Doin et C^{ie}, édit., Paris, 1953).

L'hygiène scolaire est sous la surveillance de spécialistes d'origine et de discipline très différentes, médecins, pédagogues, fonctionnaires, psychologues, assistantes sociales, éducateurs physiques, etc. Ce fait, joint aux progrès incessants de la médecine et des sciences de l'éducation, nécessite des réunions permettant de confronter les différents points de vue, de faire le point des acquisitions nouvelles. Tel fut le but de ce congrès, tenu à Lyon

avec un grand succès sous le double patronage de M. le président Herriot et de M. le ministre de l'éducation nationale.

Publié sous la direction scientifique du Comité de la *Revue française d'hygiène et médecine scolaires et universitaires*, ce volume rassemble les travaux présentés au congrès et les classe sous trois rubriques : I. - Tuberculose à l'école ; II. - La scolarité des retardés ; III. - Autres questions.

Des nombreux et intéressants rapports et communications figurant à divers titres dans ce volume, nous ne pouvons citer ici que quelques-uns de ces travaux intéressant particulièrement la neuro-psychiatrie. Dans l'ordre de publication : après un exposé du Dr G. Cassiani-Ingonie sur *l'assistance scolaire et para-scolaire aux anormaux psychiques* à Gênes ; d'intéressantes considérations de M. R. Clément sur la psychologie de l'adolescent ; un important article de M. A. Olschwang (de Montmorency), sur le rôle du médecin scolaire devant le douloureux problème de l'enfance malheureuse et les mesures sociales nécessaires pour y porter remède ; du professeur J. Dechaume (de Lyon), qui attire l'attention de l'inspection médicale scolaire sur la fréquence croissante des *maladies mentales dans les milieux scolaires*, et expose ce que doit être l'action du milieu d'hygiène scolaire et de l'équipe médico-sociale et psycho-pédagogique à l'école ; de MM. Beley, Meyer et de Mme Dourguin, sur quelques symptômes neuro-psychiques d'alerte dans le cadre de la visite d'admission scolaire ; de Mme le Dr Bayen sur la consultation médico-psychologique de Clermont-Ferrand ; de MM. R. Armino, E. Barnola et M. Delcourt sur la consultation d'hygiène mentale de Saint-Etienne. Après avoir exposé les problèmes soulevés par la rééducation professionnelle des débiles mentales, M. R. Fau (de Grenoble), étudie successivement, en collaboration avec MM. B. Andrey et Le Mène si, et dans quelle mesure, le débile caractériel a sa place dans la classe de perfectionnement et les éléments apportés par l'évolution de l'enfant, au sein de la classe de perfectionnement, au diagnostic différentiel de l'arriération mentale et de la schizophrénie infantile. MM. M. Pacaut et C. Kohler (de Lyon) insistent sur l'importance de la prolongation de leur scolarité pour l'éducation professionnelle et l'adaptation sociale des débiles mentaux. Après une communication de M. G. Kohler sur le dépistage et la scolarité des retardés scolaires, M. Delamare dresse le bilan des établissements pour enfants déficients, intellectuels et caractériels dont dispose actuellement la France et émet le vœu de l'ouverture de nouveaux établissements de rééducation.

Signalons encore la description par M. G. Mouriquand, du test de « redressement brusque » chez les nonchalants scolaires ; l'exposé par MM. Cl. Lounay et M. Soule (de Paris) des problèmes posés par l'apprentissage de la lecture et de l'écriture chez l'enfant, (ses inaptitudes, dyslexie, dysgraphie, leurs formes cliniques, leur thérapeutique, leur prophylaxie) ; la relation des techniques de dépistage des troubles de l'audition et du langage chez les enfants d'âge scolaire, par MM. J. Terracol (de Montpellier), P. Camus (de Paris) et H. Roddier (de Paris) ; des considérations de M. E. Boltanski (de Paris), sur la psychologie et la pédagogie des handicapés moteurs, en particulier des poliomyélitiques, ainsi que de M. R. Amsler (d'Angers) et J. Cady (de Paris), sur l'enseignement secondaire aux enfants allongés ; de MM. G. Dutilleul et P. Giraud sur les classes de réadaptation dans l'enseignement secondaire. Ces quelques titres, choisis parmi ceux pouvant intéresser particulièrement nos lecteurs, suffisent à attirer l'attention sur les comptes rendus des séances d'un congrès qui réunit des participants de quatorze

nations, séances au cours desquelles la neuro-psychiatrie de l'enfance et la psychopédagogie de l'enfant tinrent une si légitime et si grande place.

R. C.

Réunion et cours européens sur l'alcoolisme, (European seminar and lecture course on alcoholism), (Copenhague, 22 octobre-3 novembre 1951, 1 volume, X, 122 pages, Organisation mondiale de la santé, Genève.

Il s'agit des résumés des rapports et des communications présentées à la réunion de Copenhague en 1951, ainsi que des exposés faits sur les différents problèmes posés par l'alcoolisme. Sont successivement envisagés : dans la première partie, les aspects physiologiques de l'usage des boissons alcooliques (métabolisme de l'alcool, effets aigus de petites et moyennes quantités d'alcool sur le système nerveux central, effets durables de la consommation prolongée sur l'organisme) ; dans la deuxième partie, l'étiologie de l'alcoolisme (théories organiques, théories étiologiques de nature générale, points de vue psychiatriques) ; dans la troisième partie, le tableau clinique et les formes spéciales de l'alcoolisme avec psychoses alcooliques ; dans la quatrième partie, les traitements pour arrêter la consommation d'alcool (psycho-diagnostic, schémas généraux de traitement, psychothérapie individuelle, thérapeutique de groupe, antabuse) ; enfin, dans la cinquième et dernière partie, l'hygiène publique et la prévention. En appendices, sont rapportées les discussions de groupes d'études sur le travail social et sur les relations industrielles. Tableaux et graphiques.

V.-J. DURAND.

THÉRAPEUTIQUE

Critique de la psychochirurgie (Critica della psico-chirurgia), par Tommaso SENISE (de Naples), (1 volume, 132 pages, Biblioteca di « Il Cervello », Naples, 1954).

L'auteur groupe des articles déjà parus dans la revue « Il Cervello », mais il les complète et les développe. Critiquant sévèrement les méthodes psycho-chirurgicales dans leurs aspects scientifiques, techniques, moraux et juridiques, il montre l'insuffisance du fondement de ces opérations, leur caractère dangereux, leur efficacité douteuse. Il décrit ensuite, se basant sur une revue générale très détaillée, les troubles de la mémoire observés dans les lésions des lobes préfrontaux par tumeurs, lésions vasculaires, traumatismes et après lobotomie. Il reprend ensuite les objections faites par divers auteurs à la psycho-chirurgie, s'opposant à la réalisation du traitement opératoire qui ne pourrait aboutir qu'à l'établissement d'un « état démentiel organique permanent, non modifiable », tandis que la schizophrénie n'est qu'une démence fonctionnelle susceptible d'être améliorée par d'autres méthodes ou même par évolution spontanée. Très nombreuses références bibliographiques.

V.-J. DURAND.

JOURNAUX ET REVUES

PSYCHIATRIE

Sur la simulation, par Eugène CARP, professeur à l'Université de Leyde. (*Acta neurologica et psychiatrica Belgica*, septembre 1953).

Exposé de la psychologie du simulateur et, à l'aide d'exemples cliniques, des difficultés du diagnostic de simulation, en particulier à l'occasion de « différents états hystériformes », de modifications dynamiques des centres nerveux en rapport avec l'autosuggestion, d'idées délirantes, d'hallucinations, d'amnésie. Le professeur Eugène Carp met en garde contre l'influence suggestive des interrogatoires. Il distingue l'attitude fausse, dont il rappelle la nécessité « pour rendre l'existence possible » (Jung) de l'attitude mensongère ou trompeuse. Comparant les réactions hystériques et simulatrices dont il montre la concordance, il ajoute que « l'individu hystérique peut être soupçonné de participer au début avec sa volonté consciente en essayant de se soustraire à une situation pénible et insupportable ». Il montre comment le problème de la simulation est en rapport avec la psychologie de l'acteur. Quand l'attitude intérieure (Zvitt) d'un individu est trop influencée par celle des autres, l'effet dans toutes les formes d'expression de soi-même va porter un cachet faux.

En conclusion, rappelant l'opinion de Paulhan, qu'il faut accepter le mensonge sans préjugé, non comme un mal nécessaire qu'il faut combattre, mais comme un principe de notre vie humaine dont on a besoin pour rester debout, M. Eugène Carp conseille de ne pas oublier que la civilisation poursuit comme but de limiter le mensonge jusqu'au strict nécessaire et de le sanctionner seulement quand il s'agit du bien de la communauté. « Une communauté sans mensonge ne serait qu'une utopie indésirable et insupportable. Mais, ajoutait-il, nous oublions volontiers l'imperfection de l'être humain et nous en voulons à ceux qui nous étalent leur faiblesse sans pudeur. »

R. C.

Les états d'étrangeté, par P. GUIRAUD. (*Journal de psychologie*, n° 4, octobre-décembre 1952).

L'auteur envisage l'aspect neuro-physiologique de ces états, qu'il analyse comme un trouble du sentiment d'exister, de l'« éprouvé global d'existence vitale ». Leurs caractéristiques sont d'être globaux, inhabituels et inquiétants, car ils menacent l'intégrité du moi.

L'auteur analyse la perte de la reconnaissance, le sentiment de dissolution du moi et parfois du monde extérieur, la perte de la démarcation du moi (perturbation dans les rapports avec autrui), la perte de la notion de réalité du moi et du monde extérieur, les troubles de la fonction temps : l'illusion du déjà vécu, et les « troubles du synchronisme vécu » (Min-

kowski). Il interprète ces différents états au point de vue psychologique et biologique, et les situe dans leur cadre nosologique.

L'étude de l'épilepsie temporale, avec le trouble global du moi et le trouble des perceptions sensorielles qui la caractérisent, permet d'envisager le lobe temporal comme un substrat anatomique possible des états d'étrangeté. Le problème posé par les états d'étrangeté, conclut l'auteur, n'est pas seulement psychologique, et les données neurologiques, électro-encéphalographiques et anatomiques peuvent l'éclairer utilement.

M. GLUGE.

Réflexions sur les relations entre la psychologie et la psychiatrie, par A. CRÉMIEUX. (*Sud médical et chirurgical*, t. 86, 3 juin 1953, p. 2623-2625).

L'auteur aborde un sujet à l'ordre du jour et d'où n'ont pas toujours été exclues les attitudes incompréhensives ou passionnées. Il distingue de la psychologie classique la psycho-technique, caractérisée essentiellement par le maniement des tests. Ceux-ci permettent d'étendre et de préciser l'exploration psychologique, mais ils ne peuvent remplacer l'étude clinique du sujet. Au contraire, ils doivent être intégrés dans le bilan établi par le médecin, au même titre que les autres recherches de laboratoire ; à cette condition, la collaboration du clinicien et du psycho-technicien sera possible et fructueuse.

J. ALLIEZ

Comparaisons intertests et scatter en psycho-pathologie. Méthodes et perspectives, par Pierre PICHOT (de Paris). (*Archivio di psicologia, neurologia e psichiatria*, 12^e année, fasc. 4-5, octobre 1951, p. 304-310).

Précisant la notion de Scatter et indiquant l'intérêt des comparaisons des sub-tests ou inter-tests, l'auteur propose une méthode permettant de chiffrer les fonctions discriminantes. Employant l'analyse de la dispersion et le procédé de la distance généralisée, la méthode nécessite un calcul assez complexe, mais fournit au clinicien un instrument de valeur prédictive élevée, unissant les avantages des méthodes statistiques à une conception structurale de la personnalité.

V.-J. DURAND.

Le problème des tests mentaux en psychiatrie vu par le psychiatre (Il problema dei tests mentali in psichiatria visto dallo psichiatra), par Mario GOZZANO. (*Archivio di psicologia, neurologia e psichiatria*, 12^e année, fasc. 4-5, octobre 1951, p. 288-296).

Les points de vue du psychiatre et du psychologue sont différents. Une zone de rencontre est constituée par les tests mentaux, mais, dans l'étude de ceux-ci, les positions ne sont pas les mêmes. Une collaboration est nécessaire entre psychologue et psychiatre, sans étroite division du travail, mais avec analyse parallèle des faits cliniques. Pour les tests intellectuels, l'interprétation pourrait plutôt être faite par le psychologue, pour les tests projectifs, au contraire, par le psychiatre.

V.-J. DURAND.

L'examen analytique de l'intelligence, par Richard MEILI (de Berne). (*Archivio di psicologia, neurologia e psichiatria*, 12^e année, fasc. 4-5, octobre 1951, p. 311-313).

Il faut se garder de vouloir établir une distinction trop nette entre caractère et capacités intellectuelles. Un examen d'intelligence n'est qu'une forme particulière d'un examen de personnalité. Si l'on emploie la série des tests Wechsler-Bellevue, l'aspect du profil est très caractéristique et permet d'intéressantes conclusions. D'autre part, si les tests projectifs font souvent apparaître des tendances et des possibilités que l'examen d'intelligence n'avait pas révélées, ce dernier permet souvent de mieux préciser les constantes de la personnalité.

V.-J. DURAND.

Nouvelles recherches sur le test de Porteus-Maze et la psycho-chirurgie, par S.-D. PORTEUS (*The British Journal of medical psychology*, 24, 2, avril 1951, p. 132-140).

M. Porteus rapporte des recherches exécutées, d'un côté pour valider le test Porteus-Maze, de l'autre pour évaluer les effets de la psycho-chirurgie sur l'intelligence, en particulier sur la faculté de prévoir (planning) des opérés. Dans des cas de différentes interventions psycho-chirurgicales (ligature des veines cortico-durales, lobotomie transorbitaire, thermo-coagulation et thalamotomie), 6 tests d'intelligence sur 35 ont donné à l'auteur des résultats post-opératoires significatifs ; le test Maze-Porteus était le plus sensible. Appliquant ce test deux jours avant l'opération, les 10^e et 30^e jours après, l'auteur a constaté en un test post-opératoire une diminution sensible (12/61 A) de l'âge mental (surgically induced childhood). Parallèlement à une certaine amélioration psychiatrique clinique, les résultats du 2^e test post-opératoire (après 90 jours) sont meilleurs, sans atteindre le niveau pré-opératoire de l'opéré. L'auteur estime que la diminution intellectuelle provoquée par les opérations des lobes frontaux, surtout de leurs aires postéro-supérieures, est importante et permanente.

V.-J. DURAND.

L'évaluation de l'intelligence avec le test de Rorschach (La valutazione dell'intelligenza col test di Rorschach), par Virginio PORTA (de Milan). (*Archivio di psicologia, neurologia e psichiatria*, 12^e année, fasc. 4-5, octobre 1951, p. 337-349).

Complétant les indications données par Rorschach lui-même sur les signes pouvant caractériser les psychogrammes des sujets intelligents, l'auteur a cherché les corrélations entre le test et les épreuves d'évaluation quantitative de l'intelligence. Aux éléments primitivement reconnus comme valables, il ajoute le nombre total des réponses et le temps moyen par réponse. Les coefficients de corrélation avec les tests de Terman et de Verweylen sont élevés. Le Rorschach se montre également très sensible à l'administration prolongée d'acide glutamique.

V.-J. DURAND.

Classification des réponses au psychodiagnostic de Rorschach (Clasificación de respuestas al psicodiagnostico de Rorschach), par Federico SALY ROSAS, Raul JERI, José CUNZA, A. et José SANCHEZ G. (*Revista de neuro-psiquiatria*, Lima, T. 13, n° 4, décembre 1950, p. 567-588).

Les auteurs donnent les résultats du test de Rorschach chez 850 Péruviens adultes normaux, en ce qui concerne la localisation des réponses. Les données statistiques obtenues pour chaque planche permettent d'intéressantes comparaisons avec les constatations classiques, montrant la variabilité des résultats d'un pays à l'autre.

V.-J. DURAND.

Une étude du Rorschach de la rosacée et de l'éreutophobie (A Rorschach study of rosacea and morbid blushing), par Egon PLESCH. (*The British Journal of medical psychology*, vol. 24, n° 3, 1951, p. 202-205).

Cinquante malades souffrant de rosacée et d'éreutophobie et cinquante sujets de contrôle ont été soumis au Rorschach. Les signes de névrose d'Harrower-Erickson étaient présents dans 78 % pour le premier groupe, dans 20 % pour le groupe de contrôle. Les malades montraient un excès marqué de réponses kinesthésiques défectueuses, des réponses CF + C dépassant grandement FC, des signes révélant des complexes de castration et des symptômes paranoïdes dans un quart des cas.

V.-J. DURAND.

Le test de Rorschach dans la névrose obsessionnelle avec référence spéciale aux effets de la leucotomie préfrontale. (The Rorschach test in obsessional neurosis with special reference to the effects of prefrontal leucotomy), par J. Mac FIE, M.-F. PIERCY et O.-L. ZANGWILL. (*The British Journal of medical psychology*, vol. 24, n° 3, 1951, p. 162-179).

Huit cas de névrose obsessionnelle à longue évolution ont été étudiés par le Rorschach avant et après leucotomie. Avant l'opération, le test montra trois fois un blocage marqué des réponses et trois fois une tendance à la rigidité et à la méticulosité. Quelques jours après l'intervention, fut notée une réduction du blocage et des traits obsessionnels. Deux à sept semaines plus tard, il y eut retour aux tendances compulsives dans deux cas. Les auteurs envisagent la valeur d'application du test de Rorschach dans le traitement psychochirurgical.

V.-J. DURAND.

Le psychogramme de Rorschach dans les tumeurs cérébrales (Lo psicogramma alla Rorschach nei tumori cerebrali), par Ugo MARZUOLI (de Milan). (*Archivio di psicologia, neurologia e psichiatria*, 12^e année, fasc. 4-5, octobre 1951, p. 350-353).

Appliqué dans 53 cas de tumeurs cérébrales, le test de Rorschach a permis dans l'ensemble de retrouver les signes observés par d'autres auteurs, en particulier, Piotrowski. D'autre part, a été notée la fréquence de la « Spaltung » et des kinésies de reproduction. Souvent, le Rorschach fait

suspecter l'existence d'une néoplasie encéphalique. Les données varient avec la localisation et le tableau clinique. En général, les éléments du syndrome rorschachien sont, en grande partie, superposables à ceux du psycho-syndrome organique.

V.-J. DURAND.

Le test de la grappe de raisin en psychiatrie (Il test del grappolo d'uva in psichiatria), par I. SANGUINETI et R. SIGURTA (de Milan). (*Archivio di psicologia, neurologia, e psichiatria*, 12^e année, fasc. 3, juin 1951, p. 218-223).

Les auteurs rappellent les critères d'interprétation du test de Lamparter, dit « de la grappe de raisin ». Ils rapportent les résultats obtenus chez 100 malades atteints de psychoses organiques. Il est possible de noter une coïncidence marquée entre certains aspects d'un caractère formel et les différents stades de la démence. La figure circulaire paraît représenter le dernier et seul aspect encore reconnaissable aux degrés extrêmes de démence. Des illustrations complètent l'exposé.

V.-J. DURAND.

Le profil psychologique de Rossolimo chez les schizophrènes (O perfil psicologico de Rossolimo em esquizofrenias), par Salustiano GOMES LINS. (*Neurobiologia, Recife*, t. 14, n° 1, mars 1951).

Comparant 100 profils de Rossolimo de schizophrènes à 80 profils de sujets normaux, l'auteur observe chez les premiers un déficit général, surtout pour la mémoire auditive, la volonté, le jugement. Ce qui est constant, c'est l'existence d'un trouble global de la personnalité, entraînant un comportement particulier devant les tests, reflétant les troubles de la pensée schizophrénique, tels que les a décrits Gruhle.

V.-J. DURAND.

Recherches sur le comportement de la polarisation perceptive vers la couleur ou la forme chez des schizophrènes opérés par leuco- ou lobotomie préfrontale (Ricerca sul comportamento della polarizzazione percettiva verso il colore o la forma in schizofrenici operati di leuco- o lobotomia prefrontale), par V. CASTELETTI (de Ferrare). (*Giornale di psichiatria e di neuropatologia*, fasc. 3, 3^e trimestre 1951, extrait de 12 pages).

L'auteur, employant le « Ringtest » de Lindberg, a recherché la polarisation pour la couleur ou la forme chez 23 schizophrènes leucotomisés. Il y a diminution des réponses de couleur (56,52 %) par rapport aux chiffres obtenus par d'autres auteurs chez des malades non opérés (de 60,38 à 83,3 %). Les réponses de forme se voient dans 17,39 %, celles sans aucune orientation dans 27,08 %. L'auteur pense que l'augmentation des réponses sans polarisation est due à l'apathie des opérés ou à l'interruption de l'arc diastaltique nécessaire, pour Buscaino, à la perception.

V.-J. DURAND.

Résultats et considérations critiques sur l'application du test Tsedek chez les schizophrènes et leurs parents (Resultati e considerazioni critiche circa l'applicazione del test Tsedek negli schizofrenici e nei loro parenti), par Ennio ALTEA (de Florence). (*Rassegna di Studi Psichiatrici*, vol. XLI, fasc. 6, novembre-décembre 1952, p. 22-28).

Rappelant les notions essentielles sur le test Tsédek, l'auteur indique les résultats obtenus sur un groupe de 20 schizophrènes, en majeure partie hétérophréniques, et sur des membres de leur famille. A ce propos, sont critiquées la valeur même du test et la légitimité de ses applications. Des sujets, au jugement moral cependant anormal, peuvent fournir des réponses apparemment satisfaisantes. On ne peut tirer aucune conclusion certaine de l'emploi de ce test.

V.-J. DURAND.

Recherches sur le test Tsedek de H. Baruk (Ricerche sul test Tsedek de H. Baruk), par M.-P. D'AGATA et S. NOBILE (de Bologne). (*Archivio di psicologia, neurologia e psichiatria*, 12^e année, fasc. 4-5, octobre 1951, p. 394-404).

Les auteurs ont appliqué le test de Tsédek à 19 sujets normaux, 23 psychonévrotiques et psychopathes, 27 schizophrènes, 7 maniaco-dépressifs, 12 organiques, 9 jeunes délinquants. Ils ont apporté une modification à l'interprétation, distinguant des réponses entièrement négatives, partiellement négatives, positives avec certaines limitations et totalement positives. Dans l'ensemble, les résultats ont confirmé ceux de Baruk, en particulier en ce qui concerne les sujets normaux, les délinquants et les schizophrènes.

V.-J. DURAND.

Contributions à la critique du test de Szondi (Contributi alla critica del test dello Szondi), par A. Massucco COSTA et C. REMONDINO (de Turin). (*Archivio di Psicologia, Neurologia e Psichiatria*, 13^e année, fasc. 2, mars 1952, p. 153-197).

Après une étude critique détaillée de la valeur du test Szondi, les auteurs concluent à l'existence d'un lien étroit entre la théorie instinctive de l'auteur hongrois (à part l'hypothèse génique) et la construction du test. La nouveauté de la réaction provoquée comme choix sympathique donne au test un large champ d'application, dans les divers âges évolutifs, dans les cas normaux et pathologiques, dans des personnalités plus ou moins complexes. Les caractéristiques métrologiques, cependant imparfaites, sont acceptables et susceptibles d'être améliorées quand la structure technique du test aura été révisée suivant des critères rationnels.

V.-J. DURAND.

Les tests de Gesell : leurs limites, leur intégration à une clinique du premier âge, par C. KOUPEJNIK (de Paris). (*La Presse médicale*, 29 mars 1952).

Gesell a montré que la vie psychique commençait dès la naissance et a établi un certain nombre de normes de développement, de valeur certaine.

Il a mis au point un matériel de test correspondant aux possibilités et aux intérêts du jeune enfant. Mais sa conception du développement de l'enfant ne tient pas assez compte des facteurs de milieu et de l'expérience vécue. Il en vient à admettre un facteur interne d'organisation, tenant sous sa dépendance l'ensemble du développement, et cette pétition de principe l'amène à mettre sur le même plan des éléments aussi disparates que les manifestations motrices-posturales et les éléments naissants de la vie psychique. Les données brutes du test doivent toujours être corrigées par une impression clinique d'ensemble et le test doit être précédé d'un interrogatoire précis (antécédents organiques et « climat affectif » de la famille). Il doit être suivi d'un examen neurologique adapté au jeune enfant (tonus musculaire, attitudes posturales, préhension, mimique faciale, etc.), condition qui limite son utilisation par les psychologues non médecins.

L. R.

Les troubles constitutionnels considérés comme éléments de la psychogenèse, par G.-A. MANCEAUX et J.-M. SUTTER. (*Sud médical et chirurgical*, t. 86, 30 avril 1953, p. 2472-2474).

Les auteurs insistent sur les conséquences trop souvent méconnues qu'entraînent pour leur comportement ultérieur les attitudes de l'entourage devant les enfants grands instables, hyperémotifs, dyslexiques, retardés de causes diverses. Réactions agressives ou de culpabilité ne sont pas en réalité primaires mais résultent trop fréquemment de l'incompréhension de l'ambiance familiale ou scolaire, et toute action psychothérapique doit s'inspirer de cette notion.

J. ALLIEZ.

Phénomènes neurovégétatifs dans le développement psychique normal et pathologique de l'enfant (Neurovegetative Phänomene in der normalen und pathologischen psychischen Entwicklung des Kindes), par M. MEIERHOFEN (de Zurich). (*Gesundheit und Wohlfahrt, revue suisse d'hygiène*, 31^e année, n° 8, août 1951, p. 371-381).

L'auteur décrit les diverses manifestations des fonctions organiques de nutrition, d'élimination, de récupération, de protection, de sexualité au cours du développement de l'enfant. Puis sont étudiés les stades de l'évolution psychique et en particulier les étapes considérées du point de vue psychanalytique. Le parallélisme des troubles neuro-végétatifs et des phénomènes psychiques est mis en évidence dans les cas pathologiques.

V.-J. DURAND.

De certaines instabilités psycho-motrices acquises de l'enfance de genèse psychique (*Deuxième communication*). **L'instabilité conditionnée**, par LÉON MICHAUX, M^{lle} J. TEYSSEYRE et R.-M. GALLOT (*Bull. de la Société de pédiatrie*, séance du 20 novembre 1951).

Parmi les instabilités acquises de genèse psychique, ces auteurs ont individualisé celles qui apparaissent réactionnelles à une cause endogène : la

psychasthénie de type Janet. Ils apportent deux observations d'instabilité conditionnée, variété décrite récemment par le professeur G. Heuyer et M. S. Lebovici. On retrouve à la base les facteurs soulignés par ces auteurs: carence et discontinuité éducatives. La dispersion des tests de niveau varie selon les incidences affectives. L'âge moteur est normal, les tests d'Ozeretzki ne montrent pas la dispersion des tests moteurs caractéristiques dans les instabilités constitutionnelles. L'évolution est subordonnée à la correction des fautes éducatives.

L. R.

Les difficultés scolaires en neuro-psychiatrie infantile, par G. HEUYER. (*Sud médical et chirurgical*, t. 86, 30 avril 1953, p. 2457-2472).

M. G. Heuyer proscrit le terme de « débilité mentale », la notion d'« arriération mentale », plus plastique, étant bien préférable. Il insiste sur le fait qu'un tel diagnostic ne doit pas être uniquement psychologique mais nécessite l'établissement d'un dossier médical complet. Pour les troubles du comportement, dont les formes graves posent des problèmes difficiles d'adaptation, seul le psychiatre est fondé à donner un avis valable. Les difficultés d'ordre sensoriel ou moteur, les dyslexiques constituent des variétés diagnostiques où l'orientation thérapeutique et rééducative est également délicate. Educateurs, neuro-psychiatres spécialisés, psycho-techniciens et assistantes sociales doivent collaborer dans les centres et dispensaires médico-pédagogiques, dont l'extension est grandement souhaitable.

J. ALLIEZ.

Terreurs nocturnes dans l'enfance. (Terrores nocturnos en la infancia), par José Peinado ALTABE. (*Psiquis, organo oficial de la Liga mexicana de Salud mental*, août 1951, p. 19-22).

Décrivant les causes essentielles des terreurs nocturnes chez l'enfant, l'auteur montre que, d'après son expérience personnelle, ces manifestations n'apparaissent pas avant l'âge de 18 mois, passant par un maximum entre 2 ans 1/2 et 5 ans, pour s'atténuer considérablement vers la dixième année. Ce sont surtout des troubles de l'âge préscolaire. Des conseils sont donnés pour le traitement et surtout pour la prophylaxie.

V.-J. DURAND.

Démence consécutive à une méningite tuberculeuse, par G. HEUYER, S. LEBOVICI, N'GUYEN et KAHN. (*Bulletin de la Société de pédiatrie*, séance du 18 mars 1952).

Fille de 3 ans hospitalisée pour un état de démence apparu à la suite d'une méningite tuberculeuse. L'encéphalographie gazeuse révéla des lésions cérébrales importantes.

L. R.

Note sur le signe de Chvostek, par G. HEUYER, S. LEBOVICI et P. BOUR (*Bull. de la Société de pédiatrie*, séance du 20 novembre 1951).

Les auteurs ont relevé le signe de Chvostek dans une série d'affections nerveuses (retard mental, anxiété, colères, hypochondrie, mal comitial vrai, etc...), sans pouvoir établir un rapport entre ce signe et la spasmodophilie et sans noter de l'hypocalcémie.

L. R.

Troubles psychiques par le chloramphénicol (*Disturbi psichici da cloroamfenicolo*), par Nevio Rosso (de Gênes). (*Rassegna di neuropsichiatria*, vol. 5, n° 4, juillet-août 1951, p. 248-253).

L'auteur, faisant allusion aux troubles mentaux transitoires, rarement observés à la suite de l'emploi du chloramphénicol dans la fièvre typhoïde, rapporte un cas personnel. Le malade, atteint d'une infection éberthienne, fut traité à deux reprises par l'antibiotique, à la dose totale de 14 grammes; les troubles mentaux notés furent de type confuso-onirique avec agitation. On peut mettre en relief le rôle prédisposant de l'alcoolisme. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Psychoses climatiques et involutionnelles, par J. ALVES GARCIA (de Rio de Janeiro). (*Monatschrift für Psychiatrie und Neurologie*, Bâle, vol. 122, n° 6, 1951, p. 332-348).

L'auteur décrit les psychoses climatiques et d'invololution, dont il fait une analyse nosographique, étiologique et pathogénique, après avoir précisé les termes : climatiques et involutifs. Les formes légères des psychoses climatiques se voient surtout dans des personnalités nettement différenciées. La mélancolie de la femme ménauposée est décrite. Son pronostic est favorable. L'électro-choc se montre très efficace; le traitement hormonal peut être utile. La paranoïa d'invololution de Kleist est rare, son évolution est moins rapide. La catatonie tardive peut se voir. Elle évolue insidieusement. Une grande valeur doit être accordée, pour l'auteur, aux méthodes de diagnostic biologique et particulièrement au dosage de l'hormone gonadotrophique dans les urines.

V.-J. DURAND.

Maladies involutives, par C.-D. TAIT et G.-C. BURNS. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 108, n° 1, juillet 1951, p. 26).

Les auteurs ont traité 379 malades et en ont suivi 114. Le diagnostic de maladies involutives a été porté parce que ces sujets, ayant atteint ou dépassé le milieu de la vie, n'avaient pas présenté antérieurement de troubles mentaux. Il ressort que c'est la thérapeutique convulsive qui donne les meilleurs résultats dans les psychoses involutives, principalement dans les états dépressifs. Elle doit être complétée par une psychothérapie non nécessairement intensive.

L. MARCHAND.

Du diagnostic de l'affaiblissement mental chez les sujets atteints de psychoses, par L. DRUBIN et M. SINGER. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 108, n° 2, août 1951, p. 138).

Le diagnostic entre les psychoses avec symptômes simulant l'affaiblissement intellectuel et les psychoses avec altération du fond mental est important en raison du pronostic, du traitement et de l'évaluation du taux d'invalidité chez les invalides de guerre.

Chez 21 malades qui, au moment de leur hospitalisation, avaient été considérés comme atteints de psychoses et d'affaiblissement intellectuel, leur réexamen montra que 17 d'entre eux, soit 80 %, ne présentaient aucune déficience du fond mental. On devrait donc soumettre tous les psychotiques à un examen psychométrique pratiqué par un spécialiste utilisant un test approprié. Les sujets dont l'état mental est tel qu'un examen psychométrique est impossible à leur entrée à l'hôpital doivent être réexaminés périodiquement pour réduire au minimum les erreurs de diagnostic.

L. MARCHAND.

La maladie de Jakob-Creutzfeld (observation clinique et anatomique d'un cas). (La malattia di Jakob-Creutzfeld (osservazione clinica e anatomica di un caso), par G. FATTOVICH (de Venise). (*Il Cervello*, 28^e année, n° 2, 15 mars 1952, p. 81-122).

La démence présénile type Jakob ou maladie de Jakob-Creutzfeld ou pseudo-sclérose spastique à dégénération cortico-striato-spinale, pose d'importants problèmes nosologiques, étiologiques, anatomiques. L'auteur en rapporte un cas observé chez une malade de 65 ans, avec évolution en deux mois et demi, début par des troubles mentaux déficitaires et phénomènes de dérobage des jambes. L'aggravation fut très rapide. La mort survint dans le marasme et dans un état démentiel avancé. Une complète étude anatomo-histologique, illustrée d'une quarantaine de photographies, a montré des signes dégénératifs cellulaires au niveau du cortex cérébral, de la corne d'Ammon, du putamen, du noyau caudé, du noyau ventro-médian du thalamus. Il y avait absence totale des lésions involutives. L'étiologie demeure obscure. Nombreuses références bibliographiques.

V.-J. DURAND.

Sur un cas de maladie d'Alzheimer-Perusini. (Su d'un caso di malattia di Alzheimer-Perusini), par Giovanni FATTOVICH (de Venise). (*Il Cervello*, 27^e année, n° 6, 15 novembre 1951, p. 401-431).

L'auteur présente de façon très détaillée, avec une longue description des lésions cérébrales, une observation de maladie d'Alzheimer-Perusini, intéressante à plusieurs titres : longue évolution (18 ans), apparition de crises épileptiques dans la dernière période et caractère d'hérédité unilatérale homologue. Ces divers points sont envisagés par l'auteur et comparés aux

données de la littérature. L'article est illustré de 21 photographies et contient d'assez nombreuses références bibliographiques.

V.-J. DURAND.

Étude clinique des démences atrophiques (La maladie d'Alzheimer), par R. KUHN (de Münsterlingen, Suisse). (*Jornal brasileiro de psiquiatria*, vol. 1. n° 11, 1951).

La maladie d'Alzheimer appartient au groupe des psychoses organiques. Histologiquement, elle montre les mêmes lésions que la démence sénile, mais à un degré plus grave. Le tableau clinique est caractérisé par l'apparition à un âge moins avancé. Il y a également des signes particuliers : désorientation, troubles du langage et de l'écriture, agnosie, apraxie, souvent rigidité générale, agitation. Le diagnostic différentiel est à faire avec l'artériosclérose cérébrale, l'intoxication alcoolique grave, la maladie de Pick et certaines formes d'encéphalites et de catatonies chroniques.

V.-J. DURAND.

Atrophie cérébrale diagnostiquée par l'électro-encéphalogramme chez une malade atteinte de neuro-fibromatose de Recklinghausen avec débilité mentale et troubles psychiques, par R. DUBOIS et R. CAHN. (*Comptes rendus de la réunion dermatologique de Strasbourg*, séance du 11 mars 1951).

Observation d'une malade de 39 ans atteinte congénitalement d'une maladie de Recklinghausen avec débilité mentale, et qui a présenté des troubles psychiques ainsi qu'une crise motrice d'aspect hystérique. L'examen électro-encéphalique révéla un rythme de base assez régulier avec prédominance des rythmes rapides infravoltés. Une encéphalographie gazeuse décéla une atrophie cérébrale nettement affirmée à l'étage antérieur et les auteurs se demandent s'il n'existe pas un rapport entre la débilité mentale et cette atrophie.

L. R.

La valeur pronostique du pneumoencéphalogramme dans la paralysie générale (Il valore prognostico del pneumoencefalo nella paralisi progressiva), par Antonino NERI et Gianfranco GARAVAGLIA (de Milan). (*Rassegna di Studi Psichiatrici*, vol. 40, fasc. 6, octobre-décembre 1951, p. 725-733).

Ayant pratiqué la pneumo-encéphalographie chez des paralytiques généraux, les auteurs ont montré au stade initial, dans 70 % des cas, qu'un pronostic favorable pouvait être porté par l'absence de signes d'atrophie. Les observations faites au niveau des cavités ventriculaires sont moins sûres, sauf dans les cas d'interprétation diagnostique douteuse. Reproduction de quelques pneumo-encéphalogrammes.

V.-J. DURAND.

Minimum cérébral vital et pneumoencéphalographie, par L. FROMENTY, RENAULT et SALOMON (de Tours). (*Revue neurologique*, 1952, 2^e semestre, n° 5).

Observation d'une hydrocéphale de 44 ans, ayant été atteinte et guérie de mélancolie délirante, et clichés de pneumo-encéphalographie montrant les hémisphères cérébraux réduits à une poche kystique avec une écorce très mince et le centre ovale atrophié des deux côtés. Cependant la malade, auquel les tests pratiqués accordent un âge mental d'environ 7 ans, n'a de troubles, ni moteurs, ni sensitifs, ni sensoriels. Elle est capable de parler et d'écrire puérilement, de jouer un peu de piano, de tricoter. Elle est propre, sociable, scrupuleuse. Electro-encéphalogramme normal.

Les auteurs concluent de ces constatations « qu'il serait utile de reconsidérer de nombreux points de la psychophysiologie cérébrale et posent le problème de la fixation d'un minimum vital cérébral ».

L. R.

Étude sur l'héréditarité de la démence sénile (Studio sulla ereditarietà della demenza senile), par Guiseppe FLUCHINO (de Voghera). (*Il Cervello*, 27^e année, n° 4, 15 Juillet 1951, p. 293-307).

Cinq cas de démence sénile sont rapportés, montrant la transmission héréditaire du syndrome. Dans les trois premiers, l'hérédité est de type récessif, les deux autres sont discutables. L'auteur pense à une transmission héréditaire récessive de la démence sénile. L'affection mentale rencontrée, d'autre part, avec la plus grande fréquence dans la famille de 302 cas de démence sénile, est la schizophrénie. L'auteur propose de séparer dans les études statistiques les cas de démence sénile isolés de ceux qui présentent une prédisposition psychopathique générique.

V.-J. DURAND.

Hyperostose frontale interne et syndrome de Morgagni-Stewart-Morel, par Robert WEISSENBACH, chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris. (*Le bulletin médical*, 1^{er} mars 1953).

De cette étude critique, clinique et pathogénique, du syndrome associant l'hyperostose frontale interne à l'obésité et à des troubles cérébraux, M. Robert Weissenbach conclut qu'à part l'hyperostose frontale interne aucun des éléments du syndrome « n'est ni constant, ni bien défini ». Il considère que la réalité de ce syndrome n'est pas démontrée, pas plus que sa pathogénie diencéphalo-hypophysaire, ni le rôle de l'hyperfolliculinie et que l'hyperostose frontale interne est simplement une particularité morphologique s'observant avec prédilection chez les femmes de plus de 40 ans, ajoutant que d'autres tuméfactions osseuses, telles que les nodosités d'Héberden, se rencontrent souvent sur le même terrain.

R. C.

Hyperostose frontale et syphilis, par L. GAYRAL et L. FOURNY. (*Revue d'oto-neuro-ophtalmologie*, 1953, p. 383-386).

Observation d'une femme de 64 ans qui présentait des troubles psychiques, caractériels et déficitaires, des troubles de l'équilibre, des troubles

pupillaires et des fibrillations de la face, évoluant vers un état démentiel. Bordet-Wassermann ++ dans le sang et douteux dans le liquide céphalo-rachidien. Image radiologique d'hyperostose frontale intense. Les auteurs discutent du rôle de la syphilis dans l'hyperostose frontale interne, de la séméiologie frontale, des critères radiologiques, biologiques et cliniques de l'hyperostose frontale interne, et ils concluent qu'il y a peut-être une nouvelle « pseudo-paralyse générale » par hyperostose frontale interne.

L. R.

Médecine psycho-somatique et facteurs ethniques en Afrique du Nord, par A.-G. MANCEAUX et J. PÉLICIER. (*Sud médical et chirurgical*, t. 86, 31 juin 1953, p. 2586-2590).

Les auteurs soulignent les difficultés mais aussi l'intérêt de l'application, chez l'indigène nord-africain, des notions apportées par la conception psycho-somatique des symptômes pathologiques. L'obstacle du langage reste considérable, même s'il paraît aboli par une communication qui reste superficielle en réalité. Ils rappellent la diversité ethnique originelle des populations qu'ils étudient mais soulignent l'aptitude générale de ces mêmes populations à exprimer leurs émotions par la mimique, le geste, le symptôme morbide. Ils ont aussi noté chez elles un facteur non négligeable de dystonie neuro-végétative, à dominante vagotonique chez les montagnards berbères, plus volontiers sympathicotone dans les populations arabes des plaines, ces dystonies étant de causes diverses et acquises. En ce qui concerne le choix du symptôme, ils font jouer un grand rôle aux méiopragies locales et à la structure psychologique conditionnée par le milieu culturel et social d'origine coranique ou anté-islamique, parfois par des situations conflictuelles d'ordre sociologique moderne. De nouvelles recherches psychopathologiques sont encore nécessaires pour préciser ces notions qui s'avèrent pleines de promesses pour une meilleure intercompréhension.

J. ALLIEZ.

Du pronostic lointain dans les maladies mentales, par W.-L. HOLT et W.-M. HOLT. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 108, n° 10, avril 1952, p. 735).

Les recherches des auteurs ont porté sur 141 malades hospitalisés en 1921 pour déterminer trente ans plus tard ce qu'ils étaient devenus. L'âge, le diagnostic, la durée d'hospitalisation des sujets, leur comportement dans la communauté, l'âge à la mort, la cause des décès, sont exposés dans des tableaux. 7 % seulement ne purent être retrouvés ; 26 % des autres sujets étaient restés guéris jusqu'au moment de leur mort ou l'étaient encore trente ans plus tard. Il est intéressant de noter que, parmi les déments précoces qui constituent 42 % des diagnostics, 39 % vivaient encore après ce laps de temps dans la communauté et représentaient 35 % des malades guéris. Parmi les sujets, chez lesquels le diagnostic de démence précoce avait été posé pendant leurs dernières hospitalisations, 23 % étaient restés guéris au moment de leur mort ou l'étaient encore trente ans plus tard, et 6 % étaient très améliorés.

L. MARCHAND.

Les guérisons tardives dans les maladies mentales : erreurs et dangers des pronostics de démence précoce, par H. BARUK et J. AYMÉ. (*Bull. de l'Académie nationale de médecine*, séance du 17 février 1953).

Recherches effectuées en vingt ans sur 1.500 malades mentaux longuement suivis. Sur les malades qualifiés de schizophrènes, les auteurs relèvent 11,9 % de guérisons tardives, parfois après de longues années, et ils étudient la fréquence de la guérison suivant l'âge, le sexe, la thérapeutique. La guérison est plus fréquente pour ces cas que la conception de Kræpelin ne le laissait penser. La notion de démence précoce est à réviser.

L. R.

Le clochard, un homme sans histoire, par A. VEXLEARD. (*L'évolution psychiatrique*, juillet-septembre 1952).

L'ensemble de ce travail est fait de trois parties. La première est consacrée à six cas, qui constituent un échantillonnage disparate montrant la diversité des situations pouvant amener un individu à rompre le lien social. Le cas d'un homme qui n'a jamais été clochard, d'un homme sans histoire, ou dont l'histoire ne comporte pas de conflits dramatiques, fait l'objet de la seconde partie. La troisième confronte l'histoire du sujet et les résultats de l'examen clinique.

M. LECONTE.

NEUROLOGIE

Aperçus généraux sur l'hérédité en neurologie, par J.-A. CHAVANY et D. HAGENMULLER (*Le monde médical*, mars-avril 1952, p. 48-53).

Il faut opposer les prédispositions simples aux maladies héréditaires et familiales proprement dites. Dans ces dernières, l'hérédité peut être : dominante (exemple : chorée d'Huntington), récessive simple (maladie de Friedreich), récessive liée au sexe (atrophie optique de Leber). Les maladies hérédo-familiales sont ordinairement systématisées. Leurs caractères sont : homologie, homotypie, homochronie, ou anticipation. Il y a souvent des « corrélations de prédilection » entre les divers syndromes. Il faut bien connaître les formes frustes, les cas sporadiques, les signes du terrain dysraphique. Au point de vue anatomique, on peut noter : abiotrophie neuronale, néoplasie à tendance blastomateuse ou plus rarement nécrose. Ces maladies posent de difficiles problèmes de prophylaxie et d'eugénique.

V.-J. DURAND.

Les manifestations nerveuses de la syphilis congénitale, par Jeanne DELON (de Casablanca). (*Maroc médical*, mars 1952).

Rappelant les aspects classiques des manifestations nerveuses de l'hérédosyphilis et de la syphilis congénitale et ses aspects particuliers au Maroc, où l'endémie syphilitique est importante (grande fréquence d'hydrocéphalies et de convulsions), l'auteur conclut qu'il semble, qu'au Maroc, la malignité de la

syphtilis congénitale soit telle que seules les formes précoces puissent être observées. Les enfants y succombant le plus souvent, cela expliquerait la rareté des formes plus tardives.

R. C.

Les troubles du développement du système nerveux et des organes des sens, par Michel JÉQUIER (de Lausanne). (*Pro Infirmis*, Zürich, n° 3, 1951-52, p. 83-91).

L'auteur décrit rapidement les multiples causes qui peuvent perturber le développement du système nerveux et des organes des sens : causes héréditaires, causes contemporaines de la fécondation, causes intra-utérines (parmi lesquelles la rubéole et les incompatibilités du facteur Rh), causes obstétricales et enfin post-natales. Un chapitre est consacré à l'action néfaste de l'alcoolisme. Enfin, un programme de prophylaxie est proposé.

V.-J. DURAND.

Considérations sur l'organisation et les fonctions du cortex cérébral (*Considerazioni sull'organizzazione e le funzioni della corteccia cerebrale*), par Percival BAILEY (de l'Université de l'Illinois). (*Archivio di psicologia, neurologia e psichiatria*, 12^e année, fasc. 2, avril 1951, p. 91-107).

L'existence de nombreuses variations régionales dans la structure du cortex ne permet pas d'admettre une mosaïque de centres à limites bien définies. Dans la tentative de trouver une correspondance entre les structures et les fonctions, il est inutile de rechercher des rapports cyto-architectoniques exacts pour certaines fonctions, comme l'intelligence, à fondement très étendu. L'auteur reconnaît un très grand rôle aux zones silencieuses, répondant aux zones d'association de Flechsig, et intervenant dans les mécanismes d'apprentissage, de rééducation et de suppléance. L'influx sensoriel externe intervient activement dans le fonctionnement du cortex. Plusieurs figures très explicites complètent cet intéressant travail, terminé par une bibliographie.

V.-J. DURAND.

L'importance de la fonction représentée pour les buts de la vie de relation est-elle le facteur déterminant le développement organisateur anatomo-fonctionnel du cortex moteur ? (*L'importanza della funzione rappresentata ai fini della vita di relazione e il fattore determinante lo sviluppo organizzativo anatomo funzionale della corteccia motoria ?*), par Vittore NEGRI (de Milan). (*Archivio di psicologia, neurologia e psichiatria*, 12^e année, fasc. 2, avril 1951, p. 132-150).

De l'étude phylogénique, anatomique, physiologique et physiopathologique des aires motrices et de leurs voies de projection, on peut penser que la valeur représentée par une fonction motrice dans la vie de relation est en rapport direct avec les facteurs suivants : étendue de l'aire et nombre des connexions avec le thalamus, excitabilité de l'aire motrice, tendance à l'hyper-synchronie paroxystique et à la durée de la réponse convulsive. L'auteur croit qu'en entrant en activité les centres moteurs corticaux suivent l'ordre : tête, membres supérieurs, membres inférieurs, axe corporel.

V.-J. DURAND.

Divulgarion de concepts sur la facilitation et l'inhibition dans le système nerveux et leurs relations avec les états spastiques. (Divulgação de conceitos sobre facilitação e inibição no sistema nervoso e suas relações com os estados espásticos), par Jarbas PERAMBUCANO. (*Neurobiologia*, Recife, T. 14, n° 3, septembre 1951, p. 194-201).

L'auteur rappelle les récents travaux sur les régions inhibitrices et celles facilitant le tonus musculaire ; les premières comprennent l'aire corticale 4s, le néostriatum et le lobe antérieur du cervelet ; les secondes : l'aire 4, le pallidum et le lobe médian du cervelet. Les fibres provenant des premières formations se groupent dans la région bulbo-réticulaire inhibitrice. Celles qui naissent des centres, facilitant le tonus, descendent de l'hypothalamus latéral jusqu'aux portions latérales de la formation réticulaire ponto-bulbaire. L'auteur montre l'intérêt de ces considérations anatomiques pour la compréhension des troubles du tonus à caractère spasmodique.

V.-J. DURAND.

Les signes radiologiques de l'atrophie cérébrale unilatérale, par J. LEFÈBRE, E. GUY et M. BRAULT. (*Bull. de la Société de pédiatrie*, séance du 5 février 1952).

Les signes osseux craniens de l'atrophie cérébrale unilatérale ont été décrits dès 1933 par Dyke et ses collaborateurs.

Dans un service de pédiatrie, ils revêtent une allure particulière en raison du faible développement des cavités pneumatiques chez le jeune enfant. Les signes majeurs sont alors l'asymétrie des deux hémisphères et l'épaississement du diploé. Lorsque ces signes existent et qu'une encéphalographie gazeuse a été pratiquée, elle a mis en évidence une distension localisée du ventricule latéral ou une porencéphalie. Lorsque ces signes n'existaient pas, la dilatation était globale et bilatérale.

L. R.

Manifestations électrographiques de l'activité des voies optiques, par Henri GASTAUT (de Marseille). (*Rivista di neurologia*, vol. 21, fasc. 4, juillet-août 1951, p. 261-287).

Montrant l'intérêt d'une orientation dynamique des recherches électro-encéphalographiques, l'auteur étudie d'abord l'activité électrique développée dans les voies optiques par leur stimulation au niveau de la rétine (analyse de l'électro-rétinogramme), du nerf optique (stimulation électrique, stimulation photique, corrélation entre l'activité électrique de la rétine et du nerf optique), du corps genouillé latéral, du cortex cérébral visuel, du tectum mésencéphalique, enfin du cortex cérébelleux visuel. Ensuite est envisagée l'activité évoquée en dehors des voies optiques par leur propre stimulation. De nombreuses figures illustrent l'exposé.

V.-J. DURAND.

Etude électroencéphalographique de la trypanosomiase humaine africaine, par P. GALLAIS, H. GASTAUT, G. CARDAIRE, L. PLANQUES, A. PRUVOST et G. MILETTO. (*Revue neurologique*, 1951, 2^e semestre, n° 2).

En conclusion, l'étude électro-encéphalographique de la maladie du sommeil permet de dissocier deux périodes électriques dans le cours de cette encéphalite : une période de dysrythmie thêta, sans signes cliniques, facilement réversible sous l'influence des diamidines aromatiques ; une période ultérieure précédant encore les altérations du liquide céphalo-rachidien (dysrythmie lente, -synchrone et maximale), avec ou sans manifestations cliniques, et justifiant l'utilisation immédiate de la tryparsamide en synergie et du moranyl. De plus, il existe dans les phases latentes de la maladie des modifications persistantes de l'électro-encéphalographie, renseignement précieux pour la sélection militaire.

R. C.

Les deux types de réponses photiques, irradiées chez l'homme. La décharge myoclonique hypersynchrone et la décharge myoclonique par recrutement, par Henri GASTAUT (de Marseille). (*Rivista di neurologia*, vol. 21, fasc. 4, juillet-août 1951, p. 287-297).

L'auteur appelle réponse myoclonique l'ensemble des phénomènes survenant par stimulation, dans des conditions déterminées, de la rétine de certains sujets anormalement sensibles ou chez tout sujet recevant une injection intraveineuse de cardiazol. Sont successivement étudiées la technique, les réponses myocloniques dans leurs caractères électriques et somatiques (réponse centro-frontale ou hypersynchrone, réponse fronto-polaire ou par recrutement, formes de transition), la nature des réponses myocloniques, leur mécanisme, et enfin leur étiopathogénie.

V.-J. DURAND.

Adulte atteint depuis l'enfance de myatonie atrophique et progressive, par A. ROUAULT DE LA VIGNE et FAIM AKA (de Caboul), (*L'encéphale* 1952, n° 1).

Observation d'un homme de 34 ans. Début des troubles vers l'âge de 6 ans. Discussion. 7 figures.

R. C.

Les aspects neurochirurgicaux de l'insolation. L'hypotension céphalo-rachidienne et l'hématome sous-dural, par G. LAZORTHES, J. GÉRAUD, et H. ANDUZE (de Toulouse). (*Revue neurologique*, 1951, 2^e semestre, n° 6).

Rappelant tout d'abord les signes cliniques, les modifications du liquide céphalo-rachidien, les constatations anatomiques et les mécanismes pathogéniques (mécanisme local et mécanisme général) de la méningite aiguë secondaire à l'insolation (qui détermine une hypertension), dont la ponction lombaire répétée est la meilleure thérapeutique, les auteurs rapportent deux observations d'hypotension céphalo-rachidienne secondaire à l'insolation dont le mécanisme consisterait en une phase réactionnelle secondaire à une première phase hypertensive. Hypotension et hypertension se succéderaient.

Ils rapportent également deux observations d'hématome sous-dural chronique survenu après exposition prolongée au soleil, chez des sujets âgés ou séniles, déshydratés, amaigris. Echees opératoires par collapsus cérébral irréductible. Après l'évacuation, facile, de l'hématome, la grande difficulté du traitement, en dépit d'une rehydratation précoce, massive, prolongée, et de perfusion, est de redonner de la vie au cerveau rétracté et sans battement.

R. C.

Les manifestations motrices extra-pyramidales de la neuro-coqueluche, par A. RAYBAUD et L. THIBAUD. (*Provence médicale*, juin 1953, p. 143-157).

La coqueluche serait peut-être plus une maladie neurologique qu'une affection respiratoire ; les « complications » de la maladie auraient trait en particulier à des manifestations particulières de la « neuro-coqueluche » aux aspects divers, très banaux ou exceptionnels, suivant les cas. Les formes extra-pyramidales en constituent un chapitre original.

Reprenant l'étude des observations trouvées dans la littérature française ou étrangère et de leurs cas personnels, les auteurs étudient analytiquement ces symptômes extra-pyramidaux en précisant leur moment d'apparition et leurs associations. L'hypertonie, le tremblement, les mouvements choréiques, l'incoordination, l'hypotonie, la bradykinésie, les mouvements stéréotypés, sont ainsi successivement envisagés suivant leur aspect et leur évolution. Mais ces manifestations se rencontrent sous forme de groupements divers où tel de ces symptômes extra-pyramidaux s'associe à l'autre suivant certaines affinités. Par exemple, le groupement hypertonie, tremblement, choréoathétose, se rencontrera volontiers à côté de la paralysie des membres, tandis que le tremblement, les troubles du langage, l'incoordination, la bradykinésie, pourront se grouper plus fréquemment avec le nystagmus. Il existe donc une extrême diversité des tableaux cliniques de la neuro-coqueluche à manifestations extra-pyramidales où certaines formes cliniques sont plus fréquentes avec, suivant le cas, prédominance du syndrome choréique, pallidal, athétosique, etc... Quoique rares, ou plus souvent trop mal observés, ces symptômes particuliers de l'encéphalite coquelucheuse ont une très grande valeur théorique. Les auteurs les intègrent dans leur conception unitaire de la neuro-coqueluche où les symptômes les plus communs, comme les aspects inhabituels étudiés dans ce travail, relèveraient tous d'une localisation particulière du processus morbide coquelucheux sur l'encéphale.

J. ALLIEZ.

Les troubles nerveux dans l'intoxication oxycarbonée, par CERCL. (*Bull. de la Société de médecine du travail de Lyon*. Réunion consacrée à l'étude clinique de l'oxycarbonisme professionnel, le 1^{er} juillet 1951).

Résultats de l'étude de 200 cas observés à la Clinique médicale de Prague. Les syndromes neurologiques sont surtout du type extra-pyramidal ; l'atteinte du système neuro-végétatif est fréquente ; les manifestations psychiques très importantes. Les lésions anatomo-pathologiques, le mécanisme des symptômes, le rôle du terrain et l'évolution des troubles sont envisagés dans cette importante contribution à l'étude de ces manifestations.

L. R.

Paresthésie agitante nocturne des membres inférieurs et impatiences, par M. BONDUELLE (de Paris). (*La Presse médicale*, 19 janvier 1952).

De ce syndrome si fréquent, fait de l'association à des dysesthésies des membres inférieurs d'une agitation incessante et comme nécessaire, on ne trouve dans la littérature que de courtes allusions sous des dénominations diverses. A propos d'une observation et sous le nom de « *paresthésie agitante nocturne des membres inférieurs* », l'auteur en décrit la forme majeure. Syndrome fait schématiquement de : paresthésies profondes, typiquement localisées entre genou et cheville, symétriques ; agitation motrice invincible des membres inférieurs à rythme vespéral et nocturne et survenant dans le décubitus et la position assise.

Dans certaines formes, les paresthésies sont remplacées par des douleurs véritables. Dans d'autres, tout phénomène sensitif fait défaut. Ce sont des formes habituellement étendues aux membres supérieurs : *formes généralisées motrices pures*. Aux nombreuses formes dégradées, incomplètes, intermittentes, ne se manifestant guère qu'à l'occasion d'une longue station assise (voyage, spectacle), formes mineures, convient le terme « *d'impatiences* ».

Syndrome purement objectif (examens cliniques régulièrement négatifs), plus fréquent chez la femme, évoluant sur un terrain d'instabilité neuro-végétative, avec troubles circulatoires périphériques, syndrome de Raynaud, migraines véritables ou céphalées vaso-motrices, acroparesthésie. Les circonstances étiologiques, le rythme et les conditions d'apparition suggèrent à l'auteur un trouble circulatoire agissant au niveau de la moelle.

Thérapeutique simple (barbituriques et agents vaso-dilatateurs) et souvent remarquablement efficace.

R. C.

Les cellulalgies, par F. CONIL (de Marseille). (*Le monde médical*, 61^e année n° 971, septembre-octobre 1951).

L'auteur montre la fréquence des douleurs d'origine cellulitique, en particulier, dans la région lombaire, et les erreurs de diagnostic auxquelles peut entraîner leur méconnaissance. Pour bien déceler les nodules douloureux, il préconise la palpation avec la pulpe des pouces appliquée bien à plat sur la peau recouverte de talc, ou mieux, d'une crème un peu grasse. Des observations sont rapportées, montrant l'intérêt de ce diagnostic et l'utilité des massages à l'efficacité certaine.

V.-J. DURAND.

Sur la projection superficielle de la douleur dans les céphalées organiques (Sulla proiezione superficiale del dolore nelle cefalee organiche), par E. SCHERGNA (de Padoue). (*Rivista di neurologia*, vol. XXI, fasc. 6, novembre-décembre 1951, p. 479-486).

Ayant exploré les aires superficielles de projection de la douleur dans 46 cas de céphalées par lésions diverses, l'auteur a observé que l'algie céphalique se comporte comme celle due à des troubles viscéraux thoraciques ou abdominaux. En cas d'hyperostose de processus arachnoïdiens ou de sinu-

sites, le siège superficiel peut avoir une valeur localisatrice ; les affections endocraniennes profondes s'accompagnent, au contraire, de douleur superficielle sans signification quant au siège de la lésion.

V.-J. DURAND.

Quelques considérations sur la migraine et son traitement, par R.-J.-L. PLUVINAGE. (*Le monde médical*, janvier-février 1952, p. 12-22).

Reprenant l'étude des connaissances actuelles sur la migraine, l'auteur montre comment une identification exacte des prodromes peut permettre, par un traitement précoce, d'arrêter l'évolution et d'empêcher la crise. Les symptômes sont décrits, les formes cliniques et le diagnostic rappelés. Les travaux récents ont montré, au point de vue pathogénique, l'existence de quatre facteurs principaux : allergique, digestif, endocrinien et neuro-végétatif. Le traitement repose sur une étude soigneuse de chaque cas. Les éléments essentiels sont : régime alimentaire, parfois cholagogues et cholérétiques, thérapeutique endocrinienne, calmants du système nerveux végétatif, psychothérapie. Dans la lutte contre la crise elle-même, il faut signaler l'intérêt des dérivés de l'ergot de seigle. Les méthodes sont nombreuses. Les échecs possibles peuvent amener parfois à un traitement chirurgical.

V.-J. DURAND.

Foie et méso-diencephale, par Roland CHAPUIS. (*Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*, Zurich, 1951, fascicule 1).

Après un rappel historique des éventuelles corrélations hépato-cérébrales, de l'examen personnel de dix cas de maladie de Parkinson ou de parkinsonisme post-encéphalitique, l'auteur conclut à la présence dans ces syndromes de troubles fonctionnels du foie relevant plus ou moins directement de troubles végétatifs primaires. Mais cette dysrégulation végétative portant également sur d'autres organes, c'est l'ensemble des organes et du métabolisme qui est en cause. L'auteur examine ensuite les effets rétroactifs que les troubles de la périphérie pourraient exercer sur le système nerveux central. Il insiste sur l'importance pathologique directe des troubles métaboliques eux-mêmes, indépendamment des substances toxiques qui peuvent en être la conséquence. Dans les syndromes extra-pyramidaux, un traitement « hépatique » associé aux autres traitements ne semble donc pas devoir donner de notables résultats. S'il s'agit, en effet, de troubles métaboliques d'origine végétative, c'est l'ensemble de ces troubles qui doit être traité. Il faudrait, conclut M. Roland Chapuis, parvenir à agir sur les fonctions de divers organes et non seulement sur celles du foie.

R. C.

A propos de certaines algies crânio-méningées d'origine traumatique à point de départ local et curables chirurgicalement, par D. PETIT-DUTAILLIS (de Paris). (*La Presse médicale*, 16 février 1952).

Parmi les céphalées post-traumatiques M. D. Petit-Dutaillis individualise une variété particulière, bien que rare en raison de son origine ostéo-méningée, répondant au point d'application du traumatisme sur la voûte. Dans

les deux exemples qu'il rapporte, il s'agissait de traumatismes violents de la voûte par accident d'automobile, sans fracture, ayant évolué sans infection locale ni générale ; aucune de ces blessées n'avait présenté de perte de connaissance au moment de l'accident, ni de passé migraineux auparavant. Ces deux traumatisées gardaient depuis la blessure une hémicranie à point de départ précis, spontané et provoqué, siégeant au point d'application du choc sur la voûte ; hémicranie entrecoupée de paroxysmes violents et de plus en plus rapprochés, résistant à toute thérapeutique, entravant toute activité. La radiographie montrait chez l'une une condensation du diploé au niveau du point de départ des douleurs ; chez l'autre, on trouva à l'opération une endostose de la table interne. Toutes deux ont été soulagées immédiatement par l'intervention qui a consisté en une coagulation locale de la dure-mère combinée à une coagulation à distance de l'artère ménagée moyenne.

L. R.

Perte de substance cranienne, extériorisation, rémission thérapeutique comitialité ultérieure, nouvelle rémission thérapeutique, par P. COSSA, J.-P. GRINDA et P. MARTIN (de Nice). (*La Presse médicale*, 11 juillet 1953).

Observation d'une lésion cranienne qui a évolué successivement : d'abord vers la peau, sous forme d'une tuméfaction rénitente ; ensuite vers le cerveau, où elle a provoqué, non seulement une lésion irritative en foyer, mais la réaction des formations diencephaliques. La docilité avec laquelle les diverses manifestations de la maladie ont répondu à l'iodure (douleur aussi bien que tuméfaction, perte de substance et lésion épileptogène) ont fait envisager par les auteurs une étiologie mycosique — étiologie malgré tout assez rare, du moins sous nos climats.

L. R.

Etude des modifications électro-encéphalographiques provoquées par l'injection intraveineuse de novocaïne dans les traumatismes crâniens graves, par P. WERTHEIMER, COURJON et ALLÈGRE. (*Bull. de l'Académie des sciences*, séance du 21 janvier 1952).

De 18 observations les auteurs concluent que l'injection ne modifie pas le tracé lorsque les anomalies sont localisées. Mais son action s'exerce électivement sur les anomalies diffuses traduisant une souffrance basale.

L. R.

Recherches sur l'épilepsie traumatique, par W. RITCHIE RUSSELL et W.-M. WHITTY. (*Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, vol. 15, n° 2, mai 1952, p. 93).

L'étude porte sur 820 cas de blessures crâniennes survenues durant la guerre 1939-1945 ; les sujets ont été suivis pendant cinq ans. 43 % sont atteints d'épilepsie. Malgré les progrès survenus dans les techniques chirurgicales (débridement) et la désinfection de la blessure, le pourcentage se rapproche de celui noté durant la première guerre mondiale. Dans les blessures frontales, le premier accès survient plus tardivement que dans les

blessures des autres régions cérébrales et les convulsions ne sont pas précédées d'aura. Comme causes possibles de l'épilepsie, il faut tenir compte de l'infection et du débridement incomplet de la blessure, tout en notant que la gliose progressive et la cicatrice ne suffisent pas à donner l'explication du développement de l'épilepsie traumatique. Quant à la localisation des blessures, celles qui intéressent la région centrale cérébrale sont le plus fréquemment suivies d'épilepsie. Le pourcentage de l'épilepsie chez les blessés crâniens hémiplegiques est de 66 %, chez les monoplegiques de 47 %. Le travail se termine par l'exposé d'hypothèses concernant les mécanismes anatomiques et physiologiques de la crise épileptique traumatique.

L. MARCHAND.

Exposé d'un cas : épilepsie réflexe et lésion périphérique, par J.-W. RAE. (*Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, vol. 15, n° 2, mai 1952, p. 131).

Un sujet, atteint pendant son service militaire d'une blessure pénétrante de la région frontale droite, présente, douze mois plus tard, des crises épileptiques à la fréquence de deux par an environ. Dix ans plus tard, il se fait une fracture bimalléolaire gauche, qui nécessite l'application d'un appareil plâtré. Après consolidation, on provoque un accès épileptique au moment où on lui enlève le plâtre. On peut produire ensuite d'autres accès en excitant la face plantaire du pied gauche. Les attaques commencent par des mouvements cloniques du pied et de la jambe gauches, gagnent le bras et la face gauches, puis se généralisent. Ce cas confirme l'opinion qu'une stimulation périphérique peut entraîner une réponse épileptique si la région correspondante du cortex cérébral se trouve dans un état instable.

L. MARCHAND.

Sur un cas d'hémiballisme d'origine traumatique (Sobre un caso de hemibalismo de origen traumatico), par J.-O. TRELLES, Esteban D. ROCCA, J. FRANCO et C. SANCHEZ M. (*Revista de neuro-psiquiatria*, Lima, t. 14, n° 1, mars 1951, p. 78-90).

Un sujet de 36 ans, un mois après un traumatisme cranio-cérébral, suivi le lendemain d'une hémiparésie gauche, présente au bout d'un mois une douleur dans l'hémi-corps gauche avec des mouvements brusques, involontaires, exagérés par la marche et les émotions. Plus tard se révèle un hémiballisme gauche, non amélioré par le parpanit et le diparcol, mais très soulagé par l'artane. A propos de ce cas, les auteurs font une révision critique de la question, s'étendant particulièrement sur les problèmes étiopathogéniques et thérapeutiques. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Considérations sur un cas d'hémiballisme (Considerazioni su di un caso di emibalismo), par Giovanni FATTOVICH (de Venise). (*Il Cervello*, 27^e année, n° 4, 15 juillet 1951, p. 269-292).

L'auteur rapporte une observation d'hémiballisme des membres du côté gauche suivi d'une hémiplegie spastique gauche, avec découverte à l'autopsie, en plus de lésions vasculaires du cortex frontal et pariéto-occipital à droite,

d'une cicatrice post-apoplectiforme au niveau de la tête du noyau caudé droit. Dans le corps de Luys et dans le noyau lenticulaire droits, l'examen histologique montra l'existence de lésions à caractère dégénératif. A propos de ce cas, illustré de plusieurs clichés anatomiques, l'auteur fait d'intéressants commentaires sur la symptomatologie et la physio-pathologie de l'hémiballisme. Références bibliographiques.

V.-J. DURAND.

Hématome sous-dural et fractures multiples des os longs chez un nourrisson de 9 mois, par R.-A. MARQUÉZY, Ch. BACH et M. BLONDEAU. (*Bull. de la Société de pédiatrie*, séance du 5 février 1952).

Observation d'un hématome sous-dural associé à des fractures multiples spontanées des os longs chez un nourrisson de neuf mois. Début brutal : 38°5, crises convulsives généralisées, état de mal, coma, hémiplegie gauche avec hypertonie du membre inférieur, crâne augmenté de volume, disjonction des sutures, flou papillaire. A la ponction sous-durale des deux côtés, importante quantité de liquide hémorragique ne coagulant pas. Electro-encéphalogramme et encéphalographie gazeuse caractéristiques.

L'examen radiographique mit en évidence un décollement épiphysaire de l'extrémité supérieure du fémur gauche, une fracture de la clavicule gauche, une fracture bilatérale des deux os de l'avant-bras. Au cours de l'évolution, un second décollement épiphysaire apparaît au niveau de la tête fémorale droite. Pareille association est extrêmement rare. Elle pose l'origine centrale d'une telle fragilité osseuse, le traumatisme ne pouvant être incriminé pas plus que le scorbut ou le rachitisme et mérite d'être recherchée par des radiographies systématiques.

L. R.

Les hématomes intracérébraux spontanés, par J.-E. PAILLAS, J. BONNAL. R. VIGOUROUX et Y. GASTAUT. (*Marseille-médical*, 89^e année, n° 7, p. 323-330)

Dix-sept observations d'hématomes intracérébraux « spontanés » constituent l'essentiel de ce travail clinique et électro-encéphalographique. Trois aspects symptomatiques sont observés ; les formes aiguës, et à l'opposé pseudo-tumorales sont les moins fréquentes, le plus grand nombre des cas (13) étant constitué par la forme subaiguë, celle-ci évoluant en trois phases : début brutal, rémission partielle, hypertension intra-cranienne. La topographie est variée, la forme classique temporo-pariéto-occipitale n'étant pas la plus fréquente ; la stase papillaire est inconstante ; l'angiographie cérébrale a été fidèle chaque fois qu'elle a été pratiquée. Sur le plan étiologique, il y a lieu de distinguer les hématomes survenant chez les sujets présentant un passé cardio-vasculaire de ceux observés chez des malades sans antécédents de cet ordre. Le pronostic est très mauvais dans le premier cas. Chez les sujets du second groupe, plus jeunes, l'aspect électro-encéphalographique est particulier, avec foyers d'ondes lentes delta localisées ou anomalies d'ordre irritatif, et l'évolution est très favorablement influencée par la thérapeutique chirurgicale. La qualité de la guérison clinique obtenue est remarquable, malgré la persistance paradoxale des altérations bioélectriques.

J. ALLIEZ.

Abcès aigu du cerveau révélateur d'une broncheectasie, dû à l'association du « Fusiformis fusiformis » et de « Corynebacterium parvum ». Guérison par le traitement combiné chirurgical et anti-infectieux, par Jean PECKER et Jean-C. CLÉMENT. (*Bull. de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 25 janvier 1952).

Les auteurs rapportent un cas d'abcès métastatique du lobe pariétal droit, d'évolution aiguë, ayant abouti au coma 48 heures après les premiers signes cliniques. La guérison fut cependant obtenue grâce au traitement chirurgical, où la réduction de la hernie temporale semble avoir joué un rôle de premier plan, associé au traitement par les antibiotiques. Revu 10 mois après l'intervention, le malade conservait une hémiplégie gauche avec troubles de la sensibilité profonde.

L'intérêt essentiel de cette observation réside dans l'examen bactériologique du pus qui devait permettre de découvrir deux anaérobies : *F. fusiformis* et *C. parvum infectiosum* de Meyer. Ce dernier germe, hôte habituel des voies génitales de la femme, est signalé ici pour la première fois dans le pus d'un abcès cérébral.

L. R.

Etude d'une série de huit angiomes intracrâniens. par E. LAINE, M^{me} DELANTSHEER et DELANTSHEER. (*Revue neurologique*, 1953, 1^{er} semest. e, n° 2).

A propos d'une statistique portant sur huit cas personnels, étude des symptômes, des radiographies, des résultats post-opératoires et de la technique opératoire des angiomes intracrâniens. Dans tous les cas, ont été obtenus de bons résultats et, dans trois d'entre eux, une *restitutio ad integrum*. Aussi, les auteurs se déclarent-ils « résolument interventionnistes » et incités à intervenir directement sur l'angiome. L'artériographie doit permettre un repérage aussi précis que possible des pédicules artériels. Et, si les difficultés d'exérèse dépendent avant tout du siège et du volume de la tumeur, les auteurs ne croient cependant pas que, à ce point de vue, « la réputation fâcheuse de très volumineux angiomes soit pleinement justifiée ».

R. C.

Deux cas anatomo-cliniques d'angiomatose cérébrale à localisation centrale, par le professeur G. DE MORSIER (de Genève). (*Acta neurologica et psychiatrica Belgica*, août 1951).

L'angiomatose qui se trouve surtout dans le cervelet et la rétine étant rare dans la région centrale des hémisphères cérébraux, l'auteur en rapporte deux observations ayant comme siège les noyaux centraux.

R. C.

Angiome caverneux du cerveau, par Diogo FURTADO, Vasconcellos MARQUES et Orlando DE CARVALHO (de Lisbonne). (*Acta neurologica et psychiatrica Belgica*, juin 1951).

Observation d'une femme de 37 ans ayant présenté un angiome caverneux du lobe occipital caractérisé par une migraine localisée de date ancienne suivie d'une hémorragie méningée et d'un syndrome d'hypertension intra-

cranienne. Localisation par l'électro-encéphalographie et par ventriculographie. Evolution favorable après opération. A l'examen anatomo-pathologique, on constate la thrombose presque massive des cavités, l'existence dans les parois d'un grand nombre de corps granuleux et d'importantes dégénérescences pariétales.

Classification et pathogénie des malformations vasculaires cérébrales. 9 figures.

R. C.

Angiome cérébral associé à un angiome plan de la nuque avec symptomatologie psychique (*Angioma cerebrale associato ad angioma piano della nuca, con sintomatologia psichica*), par G. ALEMA (de Bologne). (*Rivista di neurologia*, vol. 21, fasc. 1, janvier-février 1951, p. 32-39).

L'auteur présente un cas d'angiome probablement caverneux, troublant partiellement la circulation cérébrale, de siège pariéto-occipital, avec angiome plan de la nuque, troubles psychiques atypiques avec dépression, anxiété, préoccupations hypocondriaques, hérédité chargée. On peut parler pour cette observation d'angiomatose encéphalo-cervicale entrant dans le cadre des syndromes de Sturge-Weber, parmi les dysplasies neuro-ectodermiques congénitales. Artériographies. Radiographies. Références bibliographiques.

V.-J. DURAND.

Angiomatose oculo-cutanée de Lawford (Angiome facial et glaucome tardif), par le professeur Jules FRANÇOIS (de Gand). (*Acta neurologica et psychiatrica Belgica*, août 1951).

Chez une fillette de 13 ans, observation d'angiomatose oculo-faciale dans laquelle le glaucome n'est apparu que tardivement et a évolué sous la forme d'un glaucome chronique simple sans augmentation de volume du globe oculaire.

Recherchant l'explication du glaucome dans l'angiomatose encéphalo-faciale, l'auteur conclut en ne tenant compte que de faits précis et certains : 1° que l'hypertension oculaire n'est pas due à des altérations ou à des anomalies de l'angle irido-cornéen ; 2° qu'elle est consécutive à une angiomatose de la choroïde. Une abondante bibliographie accompagne ce travail.

R. C.

Considérations sur quelques cas de maladie de Sturge-Weber (*Considerazioni su alcuni casi di malattia di Sturge-Weber*), par Eugenio COCITO (de Gênes). (*Rassegna di studi psichiatrici*, vol. 40, fasc. 34, 1951, p. 379-396).

L'auteur décrit trois cas de maladie de Sturge-Weber, dont deux avec symptomatologie clinique et radiologique complète et gravité des manifestations psychiques ; le troisième, à tableau très incomplet, et pour lequel l'angiographie cérébrale a découvert l'existence d'un petit angiome dans la région pariétale. Des photographies des malades et une bibliographie assez étendue complètent ce travail.

V.-J. DURAND.

L'électroencéphalographie dans l'angiomatose encéphalo-trigémينية de Sturge-Weber-Krabbe, par J. RADERMECKER (d'Anvers). (*Acta neurologica et psychiatrica Belgica*, juillet 1951).

Etude portant sur neuf observations et qui montre l'intérêt des examens électro-encéphalographiques dans l'angiomatose encéphalo-trigémينية. Ces examens renseignent en effet sur l'importance des altérations cérébrales conditionnant les troubles mentaux et épileptiques. Les foyers épileptogènes peuvent être précisés et, dans les cas favorables, traités chirurgicalement. La diminution d'amplitude des tracés dans certaines régions serait l'expression bio-électrique du processus de destruction de la substance cérébrale, et les tracés très lents, amples et diffus, peuvent traduire une poussée œdémateuse aiguë, souvent terminale. 10 figures.

R. C.

Forme prolongée de la maladie de Von Economo, par M. RISER, L. GAYRAL, L. FOURNY et M^{lle} S. LAVITRY. (*Revue d'oto-neuro-ophtalmologie*, 1953, p. 391-398).

Femme de 25 ans, examinée en juillet 1951, au début d'une maladie de von Economo, suivie continuellement jusqu'en mai 1953. Pendant la première année, évolution par reprises de plusieurs mois à plusieurs années, séparées rarement par plus de dix à quinze jours, des symptômes de la période « aiguë » de la maladie : algies, léthargie profonde de plusieurs jours, algies de type Sicard, myoclonies, souvent fièvre légère. Par la suite, la plupart de ces symptômes se sont atténués, sauf l'hypersomnie, qui persiste depuis bientôt deux années, sous forme de narcolepsie, de sommeil prolongé pendant quatre à cinq jours et même d'éventuelles phases comateuses de deux à cinq jours.

Divers antibiotiques, cortisone, iodure de sodium, radiothérapie diencéphalique, ont eu des succès plus ou moins marqués, mais toujours éphémères. Syndrome parkinsonien apparu en septembre 1952. Actuellement, la prise de 20 comprimés d'amphétamine, quand la malade est en crise d'hypersomnie, ne réussit à la tenir éveillée que pendant quelque deux ou trois heures, sans d'ailleurs s'accompagner de manifestations orthosympathicotoniques notables.

L. R.

Les épидуритес staphylococciques, par M^{me} H. MORIN. (*Revue neurologique* 1953, 2^e semestre, n° 2).

A propos d'une observation, chez un homme de 30 ans, de cette affection rare, Mme H. Morin rappelle l'histoire et, n'envisageant que les épидуритес dues au staphylocoque doré (par contiguïté, d'origine osseuse locale, ou épидуритес hématogènes) en étudie l'étiologie, l'aspect clinique (épидуритес aiguës, épидуритес chroniques), les formes cliniques, le pronostic, l'anatomie pathologique, le mécanisme pathogénique, le diagnostic, et en indique le traitement (radiothérapie, antibiotiques, mais surtout traitement chirurgical, qui est le traitement essentiel de l'épidurite, qu'elle soit aiguë ou qu'elle soit chronique).

L. R.

Accidents neuromyopathiques de la vaccination antirabique; leur traitement par les antibiotiques, (Accidentes neuromyopatiticos de la vacunacion antirrabica. Su tratamiento por antibioticos), par J.-O. TRELLES, S.-D. ROEDENBECK et E. FERNANDEZ. (*Revista de neuropsiquiatria*, Lima, T. 14, N° 1, mars 1951, p. 14-38).

Question discutée, faisant ici l'objet d'un exposé synthétique, les accidents neuro-paralytiques de la vaccination antirabique sont décrits à propos de deux observations personnelles et de l'étude de deux autres cas. Les malades présentaient respectivement des tableaux de polioencéphalomyélite et de poliomyélite. Au point de vue étiopathogénique, les auteurs admettent un biotropisme, spécialement favorisé par une allergie spécifique de la substance grise du système nerveux. Ce processus infectieux, rebelle aux antibiotiques communs et aux médicaments anti-infectieux habituels, céda dans un cas à la terramycine et dans l'autre à l'auréomycine. Une longue étude est faite des travaux des divers chercheurs et le mémoire se termine par une importante bibliographie.

V.-J. DURAND.

Le gonflement sus-hyoïdien inspiratoire dans la poliomyélite, par P. SÉDALLIAN, F. JOURDAN, A. BERTOYE, Ch. EXBRAYA, G. MADONAT et P. PAZAT (de Lyon). (*La Presse médicale*, 5 janvier 1952).

Les auteurs attirent à nouveau l'attention sur un symptôme hautement péjoratif observé dans les poliomyélites ou les myélites graves. Des poliomyélitiques en phase aiguë et sévère, le plus souvent atteints de troubles respiratoires de type spinal, mais n'ayant pas encore d'autres signes dits « bulbaires » (hypersécrétion bronchique, asynergie respiratoire, troubles de la déglutition, troubles tensionnels), présentent à chaque inspiration un gonflement de la région sus-hyoïdienne. Il s'agit non d'une distension passive, mais bien d'une contraction active intéressant les muscles sus-hyoïdiens au moment de l'inspiration.

Ce symptôme extériorise une interruption bilatérale des fibres centripètes vagues et, en clinique, pareille atteinte ne semble explicable que par une lésion bulbaire des connexions de ces voies centripètes. Il s'inscrit dans la série des signes de la souffrance vagale bulbaire qu'un examen attentif permet de dissocier.

En conclusion, ce gonflement sus-hyoïdien inspiratoire correspond vraisemblablement à l'atteinte bilatérale du noyau du faisceau solitaire et paraît en être la seule expression, car la respiration ample, lente, avec pauses expiratoires, réalisée expérimentalement par la section bilatérale des vagues, est masquée en clinique par la complexité des autres troubles respiratoires coexistants.

R. C.

A propos des rapports entre acrodynie et syndrome de Guillain-Barré, par P. AUZÉPY, médecin assistant des hôpitaux de Paris. (*Le bulletin médical*, 1^{er} mai 1952).

A propos de l'observation d'une fillette de 13 ans, chez laquelle signes acrodyniques et symptômes de polyradiculonévrite se sont succédés et asso-

ciés, M. P. Auzépy, rappelant l'opinion, déjà émise par les auteurs, de la parenté de ces deux affections, et tout en reconnaissant la difficulté de rapprocher deux états dont l'étiologie reste inconnue, souligne l'intérêt d'observations qui semblent en montrer la « commune incidence ».

R. C.

PSYCHOLOGIE

La connaissance d'autrui, par E. MINKOWSKI. (in *Actes du XI^e Congrès International de philosophie*, Bruxelles 20-26 août, vol VII, « Psychologie philosophique », pages 218-223, éditions 2. Nauwelaerts, Louvain).

L'introspection, naguère, semblait comporter l'impossibilité de la connaissance immédiate d'autrui. Le postulat menait aux théories du jugement par analogie et de la pénétration ne permettant aucune découverte dans nos relations avec nos semblables, mais le postulat menant à ces théories repose sur des erreurs. La connaissance d'autrui se situe, non au niveau de l'opposition de l'introspection et de l'extrospection, mais au niveau de la connaissance de soi.

Si quantité d'hommes s'avèrent sur le plan pratique d'excellents psychologues, la connaissance pratique n'épuise pas la connaissance d'autrui. Le diagnostic par pénétration décèle ce qu'il peut y avoir de vrai derrière la façade. Il mène plus loin, vers la morpho-caractérologie, domaine dans lequel les mêmes qualificatifs se retrouvent, aussi bien sur le versant morphologique que sur le versant caractérologique. Organisme et personne humaine se rejoignent, mais les deux termes de l'expression admettent un jeu qui leur est propre sans compromettre l'unité foncière et vivante ainsi formée. La connaissance d'un être humain n'est jamais un chapitre achevé. Y a-t-il même un problème de la connaissance d'autrui, conclut M. Eug. Minkowski, ou simplement une phénoménologie des relations entre êtres humains ?

R. C.

Pensée animale et pensée humaine (Tierisches und menschliches Denken), par Robert BOSSARD (de Zollikon). (*Revue suisse de psychologie*, 1951, n° 3).

Les progrès de la neuro-physiologie et de la psychologie comparée permettent d'établir la différence entre les comportements instinctifs, liés pour l'essentiel au niveau du diencephale, et les comportements intelligents dépendant de la corticalité. Ceux de ces comportements intelligents qui reposent sur l'élaboration mnémonique des impressions du milieu, sur le dressage et l'imitation, apparaissent très tôt dans la série animale. Par contre, on ne trouve d'ébauches de comportements intuitifs que chez les mammifères supérieurs et surtout chez les anthropoïdes. Les cas de jeunes enfants élevés avec des animaux, ou dans l'isolement le plus complet, donnent des indications sur le rôle considérable joué par les facteurs sociaux dans le développement de la pensée. L'auteur pose ensuite la question de la spécificité de la pensée humaine et demande à ce sujet des recherches conduites en dehors de toute idée théorique préconçue.

L. R.

Conscience humaine et conscience animale (essai de psychologie comparée). (*Consciencia humana e consciencia animal*) (Ensaio de psicologia comparada), par A. L. Nobre de MELO. (*Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, vol. 1, n° 13, p. 33-43).

L'auteur tente de délimiter, au point de vue purement psychologique, le concept de la conscience, pour démontrer l'existence de degrés variables d'états de conscience chez l'animal. On peut prouver dialectiquement cette existence ; en effet, l'abolition de cette conscience peut être reconnue dans certaines conditions pathologiques. Par exemple, l'épilepsie chez les animaux s'accompagne de perte de la capacité de reconnaissance, de troubles perceptifs, d'indifférence aux excitations extérieures, d'une absence totale d'attention pour les sollicitations spécifiques. Tels sont quelques-uns des arguments en faveur de la présence d'états de conscience chez les animaux.

V.-J. DURAND.

Prédisposition et expérience, par L. VAN DER HORST. (*L'évolution psychiatrique*, octobre-décembre 1952).

Après avoir envisagé les différents aspects correspondant du problème « hérédité et milieu, disposition et accident, génotype et phénotype, prédisposition et expérience, constitution et destin, fonction et histoire, déterminisme et liberté, nature et culture », l'auteur pose le problème vital de savoir si la constitution est, oui ou non, une fatalité puisqu'on a dit, après Galton que, peu importe le nid où l'œuf de coucou fut couvé et le jeune adopté, partout au monde le coucou appelle de la même façon.

Devant le fait indéniable des causes purement externes de maladie psychique et les psychopathies innées et acquises, l'auteur se demande, malgré la difficulté des preuves, comment un traitement spirituel peut être efficace.

Le pour et le contre consciencieusement pesés au cours de l'article, l'auteur n'en conclut pas moins qu'entre l'importance certaine de l'ordre biologique et celle de l'expérience vécue, reste toujours le moi qui choisit. « C'est le moi créateur qui se sert de ces deux éléments pour se réaliser lui-même. »

Maurice LECONTE.

Phénomènes perceptifs avec stimulation intermittente de la rétine (*Fenomeni percettivi con stimolazione intermittente della retina*), par Gaetano KANIZSA (de Florence). (*Archivio di psicologia, neurologia e psichiatria*, 12^e année, fasc. 6, décembre 1951, p. 549-554).

A propos de l'effet géométrico-chromatique décrit récemment par A. Masuccio Costa, l'auteur montre que divers chercheurs s'étaient déjà intéressés à la question, en particulier Purkinje et Fechner. A ce propos, Kanizsa décrit un phénomène de mouvement apparent dans des conditions d'illumination intermittente, avec des disques formés de secteurs chromatiquement inégaux, tournant à une rapidité inférieure à la vitesse de fusion. Une explication fondée sur l'effet stroboscopique est proposée. Schémas explicatifs.

V.-J. DURAND.

Perception et personnalité (*Percezione e personalità*), par F. Agostino GEMELLI (*Archivio di psicologia, neurologia e psichiatria*, 12^e année, fasc. 6, décembre 1951, p. 475-491).

En envisageant la perception selon un principe fonctionnel, c'est-à-dire en mettant au premier plan l'étude du comportement de l'homme tandis qu'il perçoit le monde qui l'entoure, on peut obtenir des résultats plus complets que par les recherches psycho-physiques classiques. Il faut placer le sujet, non dans les conditions artificielles du laboratoire, mais dans la réalité de la vie. Tandis que les procédés psychophysiques risquent de déshumaniser les individus considérés, la méthode actuelle permet de connaître la personnalité dans son ensemble. Des exemples de son utilité sont donnés, pris, soit dans les observations de l'auteur, soit dans les travaux de psychologues partisans de la nouvelle orientation. Très importante bibliographie.

V.-J. DURAND.

Doutes sur les méthodes projectives, par Philippe MÜLLER (*Revue suisse de psychologie pure et appliquée*, vol. XII, 1953, n° 3).

L'auteur, qui rappelle les progrès accomplis dans la mesure des aptitudes et de l'intelligence et l'expansion rapide des techniques projectives, fait le point de l'état actuel de ces techniques. Il souligne le repli et la discussion dont elles sont actuellement l'objet, la psychologie se préoccupant de la validation de ses instruments de mesure. D'où les critiques et les recherches expérimentales concernant les techniques projectives. Insistant sur l'aspect positif de ces études, l'auteur indique la voie d'un approfondissement de nos connaissances sur la personnalité.

L. R.

Le psychotechnicien en face du problème de l'étude de la personnalité (*El psicotecnico frente al problema del estudio de la personalidad*), par José GERMAIN (*Revista de psicología general y aplicada*, Madrid, vol. 6, n° 17, 1951, p. 41-74).

Dès l'abord, l'auteur montre la complexité du problème. L'absence d'un vocabulaire universellement adopté, les critères philosophiques différents rendent plus ardue la tâche du psycho-technicien. Cependant, l'étude de la personnalité a, actuellement, une très grande importance, dont sont décrites quelques causes, ainsi que les réactions observées dans les milieux médicaux. Le net développement aux U.S.A. au cours des dernières années est envisagé, ainsi que les problèmes professionnels de formation du psychologue clinique et les missions qui lui sont propres. On peut définir la psychologie clinique, « l'application de la psychologie expérimentale à l'étude des problèmes psycho-pathologiques partout où ils se présentent ». Rappelant quelques définitions de la personnalité, l'auteur classe les méthodes d'exploration : subjectives, objectives et projectives en indiquant leur valeur respective.

V.-J. DURAND.

Contribution au diagnostic de la personnalité et du milieu de l'enfant, par Rosa KATZ. (*Revue suisse de psychologie pure et appliquée*, vol. 12, 1953, n° 2).

L'auteur demande à des enfants d'âge préscolaire, d'âge scolaire sachant lire et écrire, à des enfants retardés, d'inviter un hôte étranger ne parlant pas le même langage que l'enfant. La lettre devra exprimer l'invitation par des dessins correspondant à ces quatre phrases : 1. « Viens chez moi » ; 2. « Nous sommes une grande (ou petite) famille » ; 3. « Habite chez nous » ; 4. « Je t'aime bien ». L'enfant choisit lui-même la nationalité de son invité. Il exprime ainsi sa personnalité, son besoin de contact social, traduit l'atmosphère de la maison et du milieu familial, son affectivité, sa capacité de vivre en communauté. Pouvoir passer de l'écriture conventionnelle à l'écriture imagée (idéographique) augmente avec l'âge et l'intelligence. L'analyse de la lettre dessinée est proposée par l'auteur, qui en donne des exemples, comme une addition aux autres moyens de diagnostic.

L. R.

Le problème des critères des tests de personnalité, par L.-L. THURSTONE. (*Revue suisse de psychologie pure et appliquée*, vol. 12, 1953, n° 2).

Exposé traitant des tests objectifs de la personnalité (différenciés de divers types de questionnaires). Ces tests objectifs, mode d'exploration précieux, doivent être à la fois peu structurés pour ceux qui les font réaliser et fortement structurés pour ceux qui les défont.

Tout test doit être validé soigneusement, expérimentalement, pour le trait de caractère qu'il veut mesurer. En principe, les comparaisons de groupe à groupe sont trop imparfaites pour des recherches sur la personnalité. En restant sur le plan du « normal », on parvient à délimiter et à étudier des différences individuelles. A titre de critère provisoire, l'évaluation de soi par soi peut servir à la validation des tests objectifs. La mise en évidence de l'unité psychologique des divers aspects diagnostiqués, à l'aide du test, sera une importante méthode inductive. Le problème du critère pourra être examiné alternativement par les deux méthodes de la prévision et de l'association. Quand un test est découvert et mis au point pour les sujets normaux, il peut être alors appliqué au diagnostic en psychopathologie.

L. R.

Le test de l'expression désidérative dans l'étude de la personnalité (El test de la expresion desiderativa en el estudio de la personalidad), par J. CORDOBA, J.-M. PIGAM et F.-J. GURRIA (de Barcelone). (*Revista de psicologia general y aplicada*, Madrid, vol. 6, n° 17, 1951, p. 121-130).

Le test décrit consiste à demander au sujet : « Que désireriez-vous être si vous ne pouviez être une personne ? » La réponse constitue le symbole désidératif, les explications de ce symbole forment l'expression désidérative. Celle-ci est parfois révélatrice d'une tendance cachée. Certaines réponses, dites de réaffirmation, sont bien caractéristiques de la personnalité ; d'autres sont des réponses de compensation et des réponses mixtes. Les préoccupations fondamentales correspondant à des expressions désidératives

typiques sont les préoccupations du foyer et sociale, économique, de puissance esthétique, théorique, religieuse et vitale. L'expression désidérative, invariable dans le temps, est un exposant de l'énergie vitale et susceptible d'applications pour l'orientation et la sélection professionnelles.

V.-J. DURAND.

Les réactifs et la composante sociale de la personnalité (I reattivi e la componente sociale della personalità), par Antonio Miotto. (*Archivio di psicologia neurologia e psichiatria*, 12^e année, f. sc. 4-5, octobre 1951).

Rappelant quelques tests proposés pour l'étude de la personnalité dans la composante sociale, l'auteur montre l'intérêt d'une épreuve dite Prot. G. Q., c'est-à-dire « protocole d'une journée quelconque ». On analyse la répartition des heures journalières entre les phases d'isolement et de contacts sociaux. Cette étude permet une connaissance assez précise de l'importance du facteur social dans la personnalité.

V.-J. DURAND.

Conditions d'éveil du sens social, par Germaine Guex. (*Revue suisse de psychologie pure et appliquée*, vol. 12, 1953, n° 2).

Le sens d'autrui, seul critère authentique du sens social, ne peut se former en l'individu sous la seule contrainte de la réalité sociale. Il dépend à la fois de conditions affectives et intellectuelles sur lesquelles l'expérience psychanalytique peut apporter certains éclaircissements. Tant que la libido reste fixée au sujet (narcissisme) et que le sujet demeure incapable de réciprocité dans ses jugements (égocentrisme), tout sentiment vrai d'autrui est inaccessible.

Souvent échoue ou se fait incomplètement le passage des stades infantiles d'évolution au stade adulte de sentir et de penser. Certains cas de fixation au stade infantile s'expliquent par des facteurs tels que les déceptions (dominant naissance au narcissisme secondaire) ou la contrainte adulte (maintenant l'enfant dans son égocentrisme). Mais la cause fondamentale, mise en évidence par la psychanalyse, en est l'insécurité se rattachant, d'une part au complexe d'abandon, d'autre part aux exigences du surmoi.

L. R.

Les conditionnements psycho-sociologiques : milieu technique et milieu naturel, par G. Friedmann. (*Journal de psychologie*, n° 2, avril-juin 1952).

Par cette analyse psycho-sociale des notions de ville et de campagne, l'auteur tire les conclusions des débats de la *Semaine sociologique*.

1° Un nouveau milieu conditionnant est né dans les communautés industrialisées ; c'est le milieu technique, qui s'oppose au milieu naturel, celui des communautés où le machinisme n'a pas pénétré.

2° C'est par cette notion de milieu technique que l'on peut différencier les villes et les campagnes françaises. En effet, la notion d'agglomération, par exemple, ne suffit plus à distinguer la ville de la campagne ; car les zones urbaines s'étendent et se transforment. C'est le milieu technique,

l'extension du progrès, qui caractérise ce que l'on devrait appeler la « zone urbanisée » et non la ville.

3° Les individus réagissent différemment aux techniques modernes, et l'on pourrait établir une typologie du conditionnement psycho-sociologique.

Le milieu technique conditionne le rythme du « genre de vie » et du travail d'une part, la santé physique et mentale des individus, d'autre part.

M. Friedmann conclut en proposant comme sujet de recherche la notion de « l'indice d'urbanisation ».

M. GLUGE.

Le facteur socio-psychologique comme organisateur de notre mémoire, par David KATZ. (*Revue suisse de psychologie pure et appliquée*, 1952, vol. 11, n° 4).

Notre mémoire subit, dans une large mesure, l'influence des relations entretenues avec les personnes de notre entourage. D'où l'importance de ce facteur sociopsychologique. Quel que soit le nombre de nos expériences personnelles, de l'inventaire dont nous disposons pour nos communications aux autres, ce nombre est considérable et cependant nous commettons à cet égard beaucoup moins d'erreurs qu'on ne pourrait s'y attendre. Cela tient à ce que ces compagnons de notre mémoire sont très différenciés et particulièrement propres à des associations. Le facteur socio-psychologique a ce double effet de sélectionner le matériel en rapport avec la personne rencontrée et d'enregistrer la réaction de cette personne à la communication qui lui est ainsi faite.

Dans la vieillesse, ajoute l'auteur, le facteur psychologique peut s'affaiblir, soit à cause du nombre des acquisitions de la mémoire, soit à cause de l'amoiendrissement de la force de motivation pour le facteur socio-psychologique.

L. R.

Recherches sur le langage, la mimique et la psycho-motilité des sourds-muets, par J.-A. GARCIA. (*Journal de psychologie*, 1952, n° 4).

Après avoir précisé que 5 % des cas de surdité sont d'origine familiale, 25 % dus à des lésions de l'oreille ou à une malformation et 20 % à l'infection de l'encéphale, l'auteur étudie les particularités du langage des sourds-muets. Privés par la surdité des images auditives, les sourds-muets acquièrent leur langage à l'aide des images mimiques. Leur mode d'expression est elliptique, ne comportant ni verbes, ni adjectifs, ni adverbes. Ils auraient une intelligence prélinguistique. Leur affectivité peut être très développée, ils ont une bonne mémoire éidétique.

Les possibilités d'éducation varient selon les cas : certains sourds sont aptes à l'apprentissage du langage, d'autres sont susceptibles d'apprendre la lecture globale et l'écriture. Le point le plus important réside dans leur mimique bimanuelle : du fait de cette ambidextrie, la dominance d'un hémisphère ne s'opère pas, ce qui entraîne d'une part des difficultés d'organisation du langage et d'autre part des particularités dans leur comportement moteur (ils traînent les talons et ne balancent pas les bras pendant la marche). L'auteur fait un rapprochement intéressant entre les sourds-

muets et les bègues, qui sont souvent des gauchers contrariés, donc ambidextres par éducation (généralement sans le savoir). La conclusion pratique à en tirer est qu'il faut réfréner la mimique bi-manuelle des sourds-muets, qui trouble la dominance d'un hémisphère.

M. GLUGE.

Considérations sur l'expression mimique dans l'attention intellectuelle (Considerazioni sulla espressione mimica nell' attenzione intellettuale), par E. BUONDONNO. (*L'ospedale psichiatrico*, 19^e année, fasc. 1, janvier-mars 1950, p. 52-61).

Reprenant le problème de l'origine de l'expression mimique dans l'attention intellectuelle, l'auteur rappelle les diverses théories proposées se ralliant pour sa part à une conception à fondement évolutionniste. « C'est dans la phylogénèse qu'il faut trouver le motif du développement de la faculté d'exprimer l'attention intellectuelle. » Les traits de la mimique actuelle auraient été acquis peu à peu.

V.-J. DURAND.

Conduite intelligente et processus d'apprentissage, par G. DE MONTPELLIER. (*Journal de psychologie*, 1952, n° 3).

L'auteur veut préciser la nature de la relation entre la conduite intelligente et les conduites acquises par apprentissage. D'un point de vue fonctionnel, ce sont l'une et l'autre des formes d'adaptation nouvelle. Mais par quel critère les différencier ? La soudaineté de l'adaptation intelligente n'est pas un bon critère, non plus que l'extension de la solution trouvée à des problèmes similaires.

Pour différencier ces deux types de conduite, mieux vaut se placer à un point de vue structurel, en envisageant la manière dont est faite la synthèse des éléments séparés, qui caractérise toute conduite. Dans l'apprentissage, les synthèses nécessitent pour se faire la répétition d'une même situation, donc l'intervention de la mémoire, tandis que, dans la conduite intelligente, les synthèses peuvent se former sans expérience préalable de la situation. Mais ce critère est insuffisant, car la conduite intelligente au sens large implique, parfois, le processus d'acquisition par expérience.

Le « rapport d'appartenance » entre les éléments de cette synthèse : rapport externe (basé sur la contiguïté) pour l'apprentissage, et interne (liaison intrinsèque entre les éléments) pour l'intelligence n'est pas non plus un critère suffisant.

La conduite intelligente « serait une conduite d'adaptation nouvelle, fondée sur la saisie d'un rapport d'appartenance interne entre divers éléments d'une situation... saisie, soit immédiatement, soit en faisant intervenir la mémoire ». La conduite intelligente animale ferait la synthèse d'éléments qui ont entre eux un rapport d'appartenance interne phénoménal (d'ordre sensoriel), tandis que la conduite intelligente humaine implique la synthèse d'éléments ayant un rapport d'appartenance interne rationnel (c'est-à-dire logique).

M. GLUGE.

ASSISTANCE

L'hôpital psychiatrique d'État et la communauté (The State Psychiatric Hospital and the Community), par William B. TERHUNE. (*Connecticut State Medical Journal*, vol. 15, n° 7, juillet 1951, p. 584-591).

Les problèmes posés en hygiène mentale sont très nombreux ; le champ d'application est immense. Il est nécessaire d'éduquer le public, de combattre les préjugés encore vivaces en ce qui concerne les affections mentales, de faire comprendre aux collectivités l'importance des questions financières pour l'équipement hospitalier, de favoriser la formation de cadres de psychiatres et de personnel infirmier spécialisé. Les difficultés sont grandes, les obstacles nombreux, mais le corps médical doit poursuivre son effort.

V.-J. DURAND.

Considérations sur la lutte antituberculeuse à l'Hôpital Saint-Michel-Archange, par J.-E. LABRECQUE. (*Laval médical*, Québec, vol. XVI, n° 8, octobre 1951).

La tuberculose se montre, d'ordinaire, assez fréquente dans les hôpitaux psychiatriques. A l'hôpital Saint-Michel-Archange, la maladie frappait au 30 juin 1951 9 % des hospitalisés. D'autre part, il y avait 93,1 % de cuti-réactions positives. L'auteur indique les principes de la lutte anti-tuberculeuse : dépistage par examen radiologique systématique, cuti-réactions, B.C.G. chez les malades à cuti négative, soins dans des pavillons spéciaux avec prédominance du traitement chimique sur les procédés collapsothérapiques. La surveillance du personnel infirmier est un élément essentiel.

V.-J. DURAND.

Organisation antituberculeuse dans les instituts psychiatriques (organizzazione antituberculare negli Istituti psichiatrici), par Giovanni POGGIO et Carlo MODONESI (de Gênes). (*Rassegna di studi psichiatrici*, vol. 40, fasc. 3-4, 1951, p. 474-487).

Les auteurs, après avoir brièvement exposé les efforts faits jusqu'ici pour établir le traitement des aliénés tuberculeux, décrivent ce qui a été réalisé à l'Institut psychiatrique de Cogoleto. Ils définissent les principes fondamentaux d'une lutte contre la tuberculose dans les hôpitaux psychiatriques, se basant sur le contrôle des collectivités et la création de sanatoriums inter-provinciaux.

V.-J. DURAND.

Les résultats obtenus en trois ans de consultation médico-sociale pour le traitement de l'alcoolisme, par H. DUCHÈNE. (*Etudes antialcooliques*, 5^e année, n° 18, avril-juin 1951, p. 124-140, et n° 19, juillet-octobre 1951, p. 152-167).

L'auteur décrit le fonctionnement d'une consultation antialcoolique, dans le cadre d'un dispensaire d'hygiène sociale. Les principes de la marche de

cet organisme, le rôle essentiel du service social sont nettement exposés. Une comparaison est faite entre les résultats obtenus, ainsi qu'entre les diverses thérapeutiques appliquées, spécifiques ou non. Une telle méthode médico-sociale est susceptible de fructueux développements malgré les difficultés certaines de fonctionnement.

V.-J. DURAND.

Les conditions séniles en service ouvert, par J. Charles MILLER, Antoni BLAIS et Marcel BOUCHARD. (*Laval médical*, Québec, vol. XVI, n° 8, octobre 1951).

Les auteurs rappellent les principaux troubles mentaux qu'on peut observer dans la vieillesse. Certains nécessitent un placement à l'hôpital psychiatrique. D'autres peuvent être soignés dans d'autres établissements. Parmi ceux-ci, il faut citer certains organismes créés aux Etats-Unis, tels le centre de réadaptation de San Francisco, œuvre d'Elon Moore. Les hôpitaux généraux, les hospices sont également souvent utilisables.

V.-J. DURAND.

THERAPEUTIQUE

Extension récente de la thérapeutique biochimique en psychiatrie, par M.-D. SACKLER, R.-R. SACKLER, A.-M. SACKLER et J.-H.-W. OPHUIJSEN. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 108, n° 9, mars 1952, p. 669).

Les auteurs exposent les méthodes de traitement par des agents d'origine ou de caractère physiologique, tels que la thyroïde, les stéroïdes sexuels, l'insuline et l'histamine. Outre son action sur le crétinisme, de nombreux cliniciens ont noté qu'un traitement thyroïdien pouvait donner de bons résultats chez les schizophrènes. Les hormones sexuelles, en particulier le testostérone et les extraits ovariens, ont été ordonnés avec succès dans la démence précoce. Les auteurs ont obtenu la guérison de schizophrènes, de maniaques-dépressifs, de sujets atteints de psychose involutive par l'emploi de doses massives de stéroïdes sexuels. Les états dépressifs peuvent être traités par l'insuline ; le coma insulinaire est un traitement devenu courant. 24 à 50 % des cas de schizophrénie, de manie dépressive, de psychoses involutives sont guéris par un traitement histaminique. Il résulte que des agents différents peuvent avoir une action spécifique et identique. C'est ainsi qu'une certaine éosinophilie et lymphocytose peuvent être constatées pendant ou après le traitement par l'insuline, les stéroïdes sexuels et l'histamine. Les auteurs concluent que quelques-uns des plus sévères désordres psychiatriques ne sont pas des maladies primitives du cerveau et qu'ils peuvent être guéris par un traitement simple biochimique appliqué précocement.

L. MARCHAND.

Une hypothèse concernant le but et les limitations de la psychothérapie (An hypothesis regarding the scope and limitations of psychotherapy), par Gerhard HOFFMANN (de Cleveland). (*American Journal of Psychotherapy*, vol. 5, n° 3, juillet 1951, p. 339-361).

Définissant les psychonévroses comme des déséquilibres émotionnels par conflits entre la partie adulte et la partie infantile de la personnalité, l'auteur montre la nécessité, pour la cure, de provoquer la maturation émotionnelle. Une étude est faite de la notion de maturation, basée d'abord sur la conception de Freud, qui est critiquée dans certains de ses détails. Pour l'auteur, les instincts dériveraient d'un instinct de base ou éros ; ils ne seraient pas liés primitivement aux organes, mais au principe total de la vie. Des conceptions personnelles sont exposées sur le développement des instincts chez l'enfant et l'adolescent. La psychothérapie sera meilleure quand on connaîtra mieux la véritable nature et l'origine de la personnalité humaine et qu'on se libérera de certaines notions archaïques en abandonnant la séparation traditionnelle entre biologie et psychologie.

V.-J. DURAND.

Accès d'angoisse respiratoire chez une fillette de dix ans traitée par psychothérapie, par A. CRÉMIEUX, L. FORNO et M^{me} PORRO. (*Marseille-médical*, 89^e année, 1952, n° 7, p. 331-338).

Une thérapeutique de type « maïeutique » a amené la résolution progressive de manifestations obsessionnelles et phobiques diverses chez une fillette élevée hors du milieu familial direct. Les auteurs insistent sur le caractère varié des procédés psychothérapiques institués, l'adaptation à l'enfant des techniques usuelles étant parfois délicate.

J. ALLIEZ.

Suggestions hypnotiques thérapeutiques par le scopochloralose, par Miltiadis VLASTOS (d'Athènes). (*Médecine et hygiène*, Genève, 15 avril 1952).

L'auteur conclut que le scopochloralose qui, administré par la bouche, provoque au bout d'un temps variable de une à trois heures un sommeil ayant « le caractère hypnotique : suggestibilité et amnésie » peut être utilisé dans un but thérapeutique de narco-analyse. « Nul ne résiste à une dose suffisante », conclut l'auteur, qui ajoute que « le médicament est peu toxique et sans danger ».

L. R.

Narcoanalyse. Considérations réflexologiques (Narcoanalysis consideraciones reflexológicas), par José BLEGER (de Santiago del Estero, Argentine). (*Rassegna di studi psichiatrici*, vol. 40, fasc. 3-4, 1951, p. 397-406).

L'auteur propose de rechercher la compréhension des phénomènes psychiques, du double point de vue psychologique et réflexologique. Il étudie l'interprétation de Gavriolov, d'après laquelle la phase ultra-paradoxe pour-

rait expliquer, au moins partiellement, le mécanisme physiologique de la catharsis. Dans la narco-analyse, le produit utilisé n'agit pas seulement comme moyen pour faciliter la psychothérapie, mais par un effet direct sur les relations cortico-hypothalamiques. Six observations sont rapportées et interprétées dans l'esprit de la réflexologie. Pour l'auteur, les points de vue psychologique et neurophysiologique ne s'excluent pas ; ils doivent, au contraire, se compléter.

V.-J. DURAND.

Narcosynthèse suivant immédiatement le choc insulinique, par Sol LÉVY. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 108, n° 8, février 1952, p. 610).

La narcothérapie par l'amytal sodique doit être suivie d'une psychothérapie intense ; cette méthode est appelée narcosynthèse parce que l'action seule de l'amytal sodique n'est pas suffisante dans le traitement des névroses. Chez des sujets qui avaient subi la narcosynthèse sans résultat, l'auteur l'a appliqué après le choc insulinique. Dès que le sujet sort du coma, on fait une injection lente intraveineuse de 7 1/2 à 15 gr. d'amytal sodique jusqu'à ce qu'un « état temporaire de véritable excitation soit obtenu ». La narcosynthèse est alors pratiquée durant 30 à 40 minutes. Le traitement a lieu trois fois par semaine et on fait aussi six à dix séances d'amytal sodique sans choc. La combinaison de la narcosynthèse au choc insulinique permet de diminuer le nombre de comas insuliniques. Ce mode de traitement semble diminuer la durée de la psychose et par contre le séjour à l'hôpital ; de plus, les rechutes sont bien plus rares.

L. MARCHAND.

L'emploi d'insuline à petites doses comme méthode pour faciliter l'action de la psychothérapie dans quelques désordres psychonévrotiques (The use of insulin in small doses as a method to facilitate the action of psychotherapy in some psychoneurotic disorder), par Jose Angel BUSTAMANTE (de La Havane). (*American Journal of Psychotherapy*, vol. 5, n° 3, juillet 1951, p. 425-433).

Utilisant 40 unités d'insuline chaque jour le matin, en prenant les précautions nécessaires au point de vue de l'alimentation, l'auteur a pu obtenir une réelle facilitation de la psychothérapie. Après une première phase d'anxiété rendant le transfert difficile, s'observe une disparition de l'angoisse, une sédation des symptômes. Il faut signaler que la méthode est beaucoup plus efficace quand le malade présentait de l'anxiété.

V.-J. DURAND.

La valeur des cures insuliniques, par Laurent PATRY et Louis BOURGOIN. (*Laval Médical*, Québec, vol. 16, n° 9, novembre 1951).

Sur 232 schizophrènes soumis à la cure de Sakel, les auteurs ont observé 9 guérisons cliniques, 83 améliorations, 140 échecs. Aucune guérison n'a été obtenue chez 91 paranoïdes. Il faut noter que pour deux des cas guéris le diagnostic n'était pas sûr et qu'un troisième a eu une rechute au bout de

quelques mois. Certains malades non sensibles à la cure ont paru « sombrer plus rapidement dans leur maladie, à l'occasion de leur maladie ». Sur 70 cas de psychose maniaque-dépressive : 53 guérisons, 10 améliorations, 17 échecs. Dans 11 états dépressifs mineurs, 9 guérisons, 2 améliorations. Dans 17 psychonévroses, 5 améliorations, 12 échecs. Pour 11 états paranoïdes : 5 améliorations, 6 échecs. Enfin, 2 psychoses toxi-infectieuses : 1 échec, 1 amélioration. Dans l'ensemble, les auteurs sont très prudents dans leurs conclusions.

V.-J. DURAND.

Incidents et accidents de l'insulino-thérapie, par Guy PARADIS et Yves ROULEAU. (*Laval médical*, Québec, vol. XVI, n° 9, novembre 1951).

Après avoir décrit les examens préliminaires indispensables avant d'entreprendre la cure de Sakel, les auteurs montrent les incidents et accidents possibles : allergie à l'insuline, hypersensibilité, résistance à l'insuline, troubles cardio-vasculaires, vomissements, rechute du coma, constituant les principaux incidents. Quant aux accidents qui ont, sur 500 malades traités, déterminé cinq décès, ils peuvent consister en insuffisance cardiaque aiguë, collapsus vaso-moteur, œdème aigu du poumon, crises convulsives, complications neurologiques, aggravation de l'état mental et surtout coma prolongé. Les indications thérapeutiques correspondant à chacune des complications sont précisées.

V.-J. DURAND.

Pathogénie et prévention du coma post-hypoglycémique (coma dit « prolongé »), par Juan A. SEGGIARO et Mario R. MACHADA. (*L'évolution psychiatrique*, octobre-décembre 1952).

Les auteurs insistent d'abord sur la nécessité de différencier coma hypoglycémique prolongé volontairement et coma prolongé accidentel, ce dernier étant hyperthermique et faisant partie des « complications post-hypoglycémiques ».

Ils envisagent l'action des barbituriques et la symptomatologie des phénomènes. Pour eux, l'œdème cellulaire est un des facteurs les plus importants de nombre d'accidents et ils indiquent comment établir la prévention des accidents post-hypoglycémiques, l'administration par sondage gastrique de solutions salées hypertoniques constituant un moyen de maintenir à tout moment la réversibilité de l'état de coma. Dans leur technique, les auteurs tiennent compte du fait que la plupart des accidents, dans les hôpitaux de Cordoba et ailleurs, se produisent très souvent au cours des premiers comas, qui doivent être de courte durée. La durée est augmentée progressivement, ensuite, en diminuant peu à peu les quantités d'hydrate de carbone administrées.

Maurice LECONTE.

Traitement et évolution du coma post-hypoglycémique, par Juan A. SEGGIARO et Mario R. MACHADA (de Cordoba). (*L'encéphale*, 1952, n° 2).

Analysant un certain nombre d'observations, les auteurs indiquent les principes de la méthode thérapeutique utilisée par eux dans les cas où se

produisent des accidents post-hypoglycémiques. Ils insistent en particulier sur l'importance de l'hydratation, sur la nécessité du contrôle de l'alimentation dans les comas prolongés et sur les résultats favorables des transfusions sanguines. Ils indiquent, par des exemples cliniques, des modalités d'évolution des accidents post-hypoglycémiques.

R. C.

Les nouvelles techniques de cure de sommeil dans la pratique psychiatrique, par H. EY et E. BÉRARD. (*L'évolution psychiatrique*, octobre-décembre 1952).

Les auteurs, dans leurs efforts après tant d'autres sur ce sujet datant d'environ cinquante ans, se sont surtout proposé de réaliser un sommeil le plus rapproché possible du sommeil physiologique. Ils exposent d'abord le choix et les doses des hypnotiques choisis en association, qui se ramène à l'administration en un seul coup et à triple reprise d'amytal sodique (0 gr. 10 à 0 gr. 15) ou d'eunocet (0 gr. 20 à 0 gr. 30), de véronal ou gardénal (0 gr. 20 à 0 gr. 30) et de phénergan ou de largactyl (0 gr. 030 en intramusculaire ou 0 gr. 075 *per os*).

Après l'exposé de la conduite de la cure, viennent les observations et les résultats portant sur 20 des 50 cas traités et groupés en cas entrepris dans le but de calmer l'excitation et, en cas traités, en vue d'une action curatrice. On sera frappé, dans cet article, du nombre élevé des thérapeutiques de choc vainement pratiquées auparavant chez la plupart des malades : électrochocs, insulinothérapies, cardiazol, électronarcoses, chocs amphétaminiques, pneumorachie, leucotomies, topectomie. Il en résulte que les principales indications paraissent être, pour ces auteurs, « les névroses d'angoisse, les névroses dites réactionnelles, l'hystérie de conversion et les affections psychosomatiques ».

On ne trouvera pas dans cet article de renseignements dans l'ordre de l'étiologie médicale, mais un intéressant historique et une bibliographie abondante.

Maurice LECONTE.

Arsenic radio-actif ^{76}As et détection préopératoire des tumeurs cérébrales, par Philippe BENDA, Marcel DAVID et Jean CONSTANS. (*Revue neurologique*, 1953, 2^e semestre, n^o 2)

Dans plusieurs cas des tumeurs cérébrales ayant été localisées et délimitées au cours d'interventions neurochirurgicales à l'aide du compteur de Selverstone-Robinson après injection intraveineuse de 1 mc. de radio-arséniate d'ammonium, les auteurs concluent que l'arsenic ^{76}As semble pouvoir être comparé favorablement aux autres radio-éléments utilisés antérieurement. Préalablement à l'intervention, il permet également des diagnostics de localisation par voie externe.

Les auteurs rappellent les notions acquises sur le métabolisme de l'arsenic au niveau des centres nerveux.

L. R.

Notes sur la diminution de l'agression de l'acte neurochirurgical par les synergies médicamenteuses, par E. WORINGER, J. SCHNEIDER, G. BROGLY, J. BAUMGARTNER, G. THOMALSKE et R. DORGLER. (*Revue neurologique*, 1952, 2^e semestre, n° 6).

Etudiant l'hibernation de Laborit en chirurgie nerveuse, les auteurs, après une démonstration électro-encéphalographique de l'action centrale de certains « potentialisateurs » pour l'anesthésie, concluent de leurs expériences que ces drogues (diparcol, dolosal, 4560 R.P., cocktail lytique de Laborit : 4560 R.P., phénergan, dolosal) ne déterminent pas d'augmentation de la tension du liquide céphalo-rachidien pouvant être gênante pour le neuro-chirurgien.

De leurs constatations cliniques et des résultats obtenus, ils déduisent que les résultats favorables déjà donnés par cette nouvelle méthode thérapeutique autorisent de grands espoirs.

L. R.

Tentatives de narcose électrique en chirurgie par narcochoc (Tentativi di narcosi elettrica in chirurgia con narcoshock), par Nino BALESTRAZZI (de Novare). (*Giornale di psichiatria e di neuropatologia*, 79^e année, fasc. 4, 1951, p. 513-526).

Après avoir rappelé les notions essentielles sur l'électro-narcose, l'auteur rapporte onze intéressantes observations d'opérations pratiquées par Gior-danengo et Bonino en utilisant le narco-choc comme moyen d'anesthésie. Un inconvénient possible de la méthode est l'apparition de brèves périodes d'agitation psychomotrice post-opératoire. On pourrait éviter cet incident par l'injection d'un pré-anesthésique, une heure avant l'opération, ou par l'application immédiatement avant l'intervention d'une faible dose de pentothal. L'auteur a préféré s'abstenir de ces injections pour observer à l'état pur l'action anesthésique du traitement électrique.

V.-J. DURAND.

Electrostimulation cérébrale avec impulsions de courant unidirectionnel (Electronarcose humaine avec courant en grecques). (Elettrostimolazione cerebrale con impulsi di corrente unidirezionale (elettro-narcosi umana con corrente a greca), par Carlo SERRA (de Milan). (*Note e Rivista di Psichiatria*, 77^e année, n° 4, octobre-décembre 1951).

L'auteur, après expériences chez le chien, a étudié les phénomènes neurologiques et végétatifs observés chez l'homme, par stimulation électrique du tronc cérébral par des courants en grecques. Chaque séance de traitement comprend deux à quatre décharges de 30 à 45 secondes, séparées par des intervalles égaux ou légèrement plus longs, avec des électrodes placées dans la région pré-auriculaire, et un courant de 165 à 170 milliampères. Les principales modifications observées au niveau du système nerveux et des différents viscères sont décrites.

V.-J. DURAND.

Electrostimulation cérébrale avec impulsions de courant unidirectionnel (Electronarcose humaine avec courant en grecques). (Elettrostimolazione cerebrale con impulsi di corrente unidirezionale (Elettro-narcosi umana con corrente a greca), par Carlo SERRA et Saverio LUCCARRELLI (de Milan) (*Note e Rivista di Psichiatria*, 78^e année, n° 2, avril-juin 1952).

Les auteurs rapportent les résultats cliniques obtenus avec la méthode précédemment décrite chez 40 malades (26 déprimés, 5 schizophrènes, 9 psychonévrotiques). Dans les bons cas on note : amélioration parallèle du sommeil, de l'appétit, du tonus de l'humeur et de la cénesthésie ; les syndromes dépressifs réagissent particulièrement bien. Sur les cinq schizophrènes, un seul fut amélioré. L'action est variable dans les psychonévroses. Les auteurs montrent l'intérêt de la méthode, en plein développement d'ailleurs.

V.-J. DURAND.

Les nouvelles techniques de l'électrochoc, par Jean DELAY, A. DJOURNO et G. VERDEAUX. (58 pages, in *L'encéphale*, 1951, n° 5).

Important mémoire dans lequel, après avoir rappelé la nécessité de distinguer, des accidents dus à l'électro-choc, les accidents imputés faussement à la convulsivothérapie, et montré comment les techniques nouvelles ont permis de restreindre le nombre et les dangers des accidents, les auteurs analysent tout d'abord les bases électro-physiologiques des progrès récents de l'électro-choc : forme du courant, sens et modulation en amplitude des courants, fréquence, durée totale du passage du courant, place des électrodes. Ils passent ensuite en revue les réalisations actuelles (appareils à courant alternatif sinusoïdal, appareils particuliers, appareils à ondes brèves, rectangulaires ou non) et examinent les résultats comparatifs des différentes méthodes actuellement utilisées tant du point de vue clinique que du point de vue électro-encéphalographique et du point de vue humoral. Exposant en conclusion la technique qui leur paraît la meilleure (page 475), les auteurs dégagent les tendances qui leur paraissent devoir s'affirmer dans un proche avenir et terminent par des considérations sur l'électro-narcose. En appendice, quelques rappels et précisions concernant la chronaxie des centres nerveux non directement accessibles, la génération d'ondes brèves, des abréviations et définitions diverses, les procédés de mesure — et une importante bibliographie.

R. C.

L'électro-choc sous phénacétylurée, par J. BASTIÉ et A. FERNANDEZ (de Toulouse). (*La Presse médicale*, 2 avril 1952).

Ayant utilisé la phénacétylurée (épiclase) dans les cures d'électro-choc, les auteurs ont obtenu des électro-absences à seuil électrique élevé ou des crises convulsives à intensité très faible avec contraction musculaire minima qui gardent une action curative identique à celle des crises obtenues sans substances convulsivantes. Ils concluent que cette méthode, en évitant les manifestations traumatisantes de l'électro-choc, semble mettre le patient à l'abri des accidents ostéo-articulaires et musculaires qui demeurent de loin les plus nombreux. Trois observations.

L. R.

L'électrochoc lombo-pubien dans la pratique neuropsychiatrique courante (L'elettroshock lombo-pubico nella corrente pratica neuro-psichiatrica), par A. REBASSINI, O. SCOPEL et G. ZANETTI (de Trévise). (*Rassegna di studi psichiatrici*, vol. 40, fasc. 3-4, 1951, p. 371-378).

L'usage de l'électro-choc lombo-pubien avec une assez grande intensité de courant et à rythme accéléré se montre souvent très efficace dans les cas de gâtisme urinaire et d'encoprésie, permettant souvent le rétablissement de la propreté. Les auteurs rapportent brièvement 23 observations personnelles.

V.-J. DURAND.

La schizophrénie et son traitement. Conditions biologiques, par J. BOREL (de Montpellier). (*Archivio internazionale di studi neurologici*, vol. 1, fasc. 3, juin 1951).

Affection décevante, polymorphe, la schizophrénie nécessite un traitement particulier. L'auteur envisage l'emploi du cardiazol, de l'insuline, de la pyrétothérapie. Il décrit ensuite la méthode qu'il préconise, associant pneumothérapie par voie lombaire, en quantités suffisantes (100 cm³), insuline à doses modérées non comatogènes, pyrétothérapie soufrée ou au propidon, psychothérapie, traitement consolidateur avec hormones hypophysaires et thymiques, éléments réparateurs. Cette méthode peut donner des résultats remarquables quand elle est appliquée dans les quinze premiers mois de l'évolution. L'auteur envisage la pathogénie de la schizophrénie en faisant intervenir la névroglie. La variété des évolutions dépendrait à la fois de la lésion névroglie et de la fragilité congénitale de la fibre nerveuse. L'émotion, en se répercutant dans l'intimité des tissus et des cellules et s'associant à la sensibilité individuelle et à la prédisposition constitutionnelle, doit être invoquée souvent à l'origine de la maladie.

V.-J. DURAND.

Indications thermales dans les affections neurologiques et psychopathiques, par J. ALLIEZ et R. PANZANI. (*Revue médicale de France*, mai-juin 1951, n° 5-6, p. 227-244).

Les auteurs donnent d'utiles indications sur les ressources de la France en stations thermales à indications neuro-psychiatriques, étudiant successivement : les stations utilisées, le mode d'action des cures et la technique employée, les indications dans les affections neurologiques (avec au premier plan syndrome douloureux et états de contracture), enfin les indications dans les affections psychiatriques.

V.-J. DURAND.

Données récentes sur la thérapeutique des psychoses hyperthermiques, par M. RISER, J. LABOUCARIÉ et J.-F. DE BOISSEZON. (*Sud médical et chirurgical*, t. 86, 31 juin 1953, p. 2580-2584).

Le délire aigu, qui ne peut être considéré comme une maladie infectieuse, ne s'est pas montré vraiment sensible aux thérapeutiques modernes anti-

biotiques. Des succès, parfois spectaculaires mais inconstants, ont été observés par les méthodes de réhydratation, les thérapeutiques centrales visant la « diencéphalose », telles que la novocaïne et la morphine intraveineuse, la cortisone et l'A.C.T.H., ces dernières par application de la notion de stress. Mais l'emploi des ganglioplégiques a fourni aux auteurs des résultats plus sûrs. Ils exposent leur technique, qui utilise une hibernation moins profonde qu'en chirurgie, et insistent sur la nécessité d'une mise en œuvre précoce, dès le début de l'hyperthermie. Ils ont aussi appliqué la méthode dans le delirium tremens, mais l'hibernation doit dans ce cas être intermittente.

J. ALLIEZ.

Les modifications psychologiques répondant à l'action de l'A.C.T.H., de la cortisone, de l'hydrocortisme et des substances stéroïdes voisines, par H.-P. ROME et F.-J. BRACELAND. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 108, n° 9, mars 1952, p. 611).

D'après les travaux publiés sur les effets psychologiques observés au cours des traitements de maladies très diverses par l'A.C.T.H., la cortisone et les substances stéroïdes voisines, il ressort que les malades éprouvent une sensation de bien-être, parfois une légère excitation intellectuelle. H.-P. Rome et F.-J. Braceland, qui ont déjà publié un rapport sur les modifications mentales de 26 malades ayant subi de tels traitements, classent les effets psychologiques qu'ils ont observés depuis sur plus de 100 sujets en quatre degrés. Dans un premier, c'est une sensation de bien-être et de force physique et intellectuelle accrue. En plus des manifestations précédentes, la volubilité, la turbulence, l'insomnie simulant l'hypomanie, caractérisent le deuxième degré. 60 % des sujets qui ont été traités par l'A.C.T.H. et la cortisone rentrent dans ces deux degrés. 25 à 30 % présentent les modifications du troisième degré, qui sont une anxiété extrême, prenant parfois les formes de phobie, d'obsession, une agitation ou une dépression qui, souvent, ne sont que l'exagération de dispositions mentales qui étaient latentes avant le traitement. Le quatrième degré est observé chez 10 % des sujets traités et ceux-ci présentent des syndromes psychiatriques et psycho-somatiques. A noter que ces troubles mentaux disparaissent rapidement après la suppression du traitement. Les auteurs exposent les hypothèses sur la pathogénie de ces modifications psychologiques causées par l'A.C.T.H. et la cortisone et montrent l'intérêt de leur étude pour les psychiatres.

L. MARCHAND.

Action sur l'excitabilité sympathique du chlorhydrate de diméthylaminopropyl-N-chlorophénothiazine (4560 R.P.), par J.-J. POCIDALO, H.-P. CATHALA et J. HIMBERT. (*Bull. de la Société de biologie*, séance du 8 mars 1952).

Les auteurs ont étudié l'action d'un nouveau dérivé chloré de la phénothiazine sur certains réflexes sympathiques intéressant la vasoconstriction = excitation du bout central, du pneumogastrique, réflexe sino-carotidien, excitation du splanchnique, piquûre bulbaire. Ils montrent que l'action sympatholytique parfaite de cette drogue s'effectue pour un niveau de la pression artérielle relativement élevé.

L. R.

La potentialisation de l'analgésie des opiacés par l'association de prostigmine, par A. ABAZA et M. GRÉGOIRE (de Paris). (*La Presse médicale*, 8 mars 1952).

L'association dans la même seringue d'une ampoule de prostigmine et d'une ampoule de morphine (ou d'un autre dérivé opiacé) donne une excellente analgésie, permet d'utiliser une moins grande dose d'opiacés, éloignant, par là-même, le danger d'accoutumance, diminue certains effets secondaires désagréables de la morphine comme les vomissements ou la sécheresse de la bouche et offre la possibilité d'aider à la reprise de la fonction vésicale et intestinale.

L. R.

Différents niveaux de dissolution psychique après hormonothérapie hypophyso-surrénale, par H. AZIMA et H. FAURE. (*L'évolution psychiatrique*, octobre-décembre 1952).

De nombreux praticiens utilisant l'A.C.T.H. et la cortisone ont signalé le danger d'accidents psychiatriques au cours de l'utilisation de ces produits. L'étude des psychoses et des névroses quasi-expérimentales accidentellement produites par ces thérapeutiques peut aider à la résolution du problème pathogénique.

Les auteurs étudient, en précisant la différence, les effets physiologiques et les altérations physio-pathologiques, provoqués par l'A.C.T.H. et la cortisone, et comparent les manifestations psychiques du syndrome de Cushing et celle de l'hormonothérapie cortico-surrénale. Après un exposé pathogénique, MM. Azima et Faure tentent une interprétation organo-dynamiste des faits observés qui semblent caractériser la multiplicité, la variabilité et le polymorphisme des formes qui correspondraient, des troubles légers aux plus graves, à un étagement, à une succession plus ou moins profonde de niveaux de dissolution.

Maurice LECONTE.

Les extraits épiphysaires en thérapeutique neuropsychiatrique (Gli estratti epifisari in terapia neuropsichiatrica), par Romolo RASSINI et G. Giacomo CAVALCA (de Parme). (*Rivista di Neurologia*, vol. XXI, fasc. 6, novembre-décembre 1951, p. 445-455).

Les auteurs ont employé des extraits injectables d'épiphyse dans quatre cas de troubles de la ménopause, trois cas d'hypersthénie sexuelle, un cas de gigantisme, un de démence précoce, trois d'hypocondrie, un de dépression simple, un de dystrophie musculaire tardive. Dans l'ensemble, l'action du traitement a été favorable, bien que parfois peu marquée. Les chiffres d'élimination urinaire des 17-cétostéroïdes ont été influencés de façon variable, ne permettant pas encore de conclusions fermes. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Résultats obtenus avec l'artane dans le traitement de quarante cas de parkinsonisme encéphalitique (Risultati ottenuti con l'artane nel trattamento di quaranta casi di parkinsonismo encefalitico), par M. MONTANARI et E. SCHERBNA (le Padoue). (*Rivista di Neurologia*, vol. XXI, fasc. 6, novembre-décembre 1951, p. 545-552).

Employant l'artane dans quarante cas de parkinsonisme encéphalitique, les auteurs ont obtenu des résultats supérieurs à ceux de la vératropine, de la décoction de racine de belladone dans un peu plus de la moitié des cas ; chez les autres malades, l'action thérapeutique a été équivalente ou inférieure, avec parfois apparition de troubles qui ont nécessité l'arrêt du traitement. D'après une revue des publications consacrées à l'artane, les auteurs pensent pouvoir conseiller ce médicament. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

N'abusons-nous pas des thérapeutiques psychiatriques et endocriniennes modernes dans le traitement des psychoses puerpérales ?, par R. LAFON, J. BILLET et B. BILLET. (*Sud médical et chirurgical*, tome 86, 31 juin 1953, p. 2592-2596).

Les psychoses puerpérales représentent un carrefour où étiologies et pathogénies diverses se combinent d'une façon variable suivant les cas, et toutes sont loin d'avoir la même signification. Les auteurs ne retiennent pas comme psychoses puerpérales « vraies » les psychoses tardives, « révélées » par l'accouchement, appartenant à la série schizophrénique. Pour les autres, plus fréquentes, où dominent les tableaux confusionnels ou maniaques, la comparaison des résultats thérapeutiques obtenus avant 1940 et depuis l'instauration des traitements de choc, avec endocrinothérapie plus ou moins intensive montre pour la deuxième série une durée moyenne d'évolution considérablement allongée, et qui peut surprendre. Il semble que les stimulations hormonales intempestives, comme les excitations diencephaliques provoquées par les chocs électriques ou l'insufflation gazeuse, aient un effet perturbateur non négligeable sur l'équilibre psycho-endocrinien fragile de ces malades gravides ou accouchées.

J. ALLIEZ.

Guérison spectaculaire d'une sciatique par l'auréomycine, par MONNEROT-DEMAINE. (*Bull. de la Société de médecine de Paris*, séance du 20 octobre 1951).

Une névrite sciatique dont la nature infectieuse paraissait probable à cause d'un état fébrile, d'une vitesse de sédimentation accélérée et de l'absence de signes cliniques sacro-lombaires, a guéri immédiatement par l'auréomycine. Une rechute traitée de la même façon a cédé aussi remarquablement. D'où l'espoir d'un traitement nouveau et efficace de certains cas de névrite d'origine non vertébrale et non toxique.

L. R.

Etude d'un cas de syphilis nerveuse grave traitée depuis 5 ans par la pénicilline et l'auréomycine, par P. LÉCHELLE et R. RABUT. (*Bull. de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 15 février 1952).

Observation d'un syphilitique contaminé en 1929 et chez lequel se développa depuis 1945 une syphilis nerveuse grave avec de très fortes altérations du liquide céphalo-rachidien. La maladie évolua progressivement en dépit d'un traitement classique intensif jusqu'en 1947.

Le traitement par la pénicilline, bien qu'utilisé alors avec prudence (200.000 unités par jour), détermina une réaction d'Herxheimer nerveuse sous forme d'une hémiplégie avec syndrome altéré de Millard-Gubler. Cet accident survint, bien que le malade fût encore en traitement par le cyanure et le bismuth. Une dose massive de pénicilline (1.000.000 par jour) amena la régression des accidents nerveux. Deux ans plus tard, un hémisindrome cérébelleux se révéla réfractaire à la pénicilline et aux traitements classiques. L'auréomycine, utilisée à la dose totale de 60 gr., dont une semaine à la dose quotidienne de 4 gr., vint à bout des accidents cérébelleux. Seul persiste le nystagmus. La guérison se maintient depuis lors, mais si le liquide céphalo-rachidien est redevenu normal, le Bordet-Wassermann sanguin reste partiellement positif.

Les auteurs insistent sur l'efficacité des antibiotiques dans le traitement de la syphilis nerveuse, mais mettent en garde contre le danger de déterminer en pareil cas, et malgré l'observance des précautions classiques, une réaction d'Herxheimer parfois très grave. Ils indiquent aussi la diminution d'activité de la pénicilline qui, chez leur malade, dut être remplacée par l'auréomycine pour juguler une nouvelle poussée évolutive.

L. R.

Le traitement des douleurs tabétiques par la pénicilline, par J. GÉRAUD et L. GAYRAL. (*Bull. de la Société de médecine, chirurgie et pharmacie de Toulouse*, séance du 24 avril 1951).

Trois cas de douleurs tabétiques rebelles à tous les traitements (dont une observation dans laquelle les douleurs existaient depuis 20 ans) guéris par la pénicilline. Les auteurs soulignent l'influence élective de la pénicilline sur les algies, alors que les autres éléments du syndrome tabétique n'avaient pas été modifiés par cet antibiotique.

L. R.

Deux observations d'érythème du neuvième jour par la phénacétylurée chez l'enfant, par LÉON MICHAUX et M^{lle} M. SAULNIER. (*La Presse médicale* 9 avril 1952)

Neuf jours après administration de phénylacétylurée, deux enfants présentent un érythème fébrile qui cède rapidement. La reprise du médicament provoque dans un cas une réaction thermique immédiate, dans l'autre une réapparition de l'érythème le lendemain. Considérant un mécanisme infectieux ou toxique improbable, les auteurs incriminent une genèse allergique.

L. R.

Premiers résultats au sujet d'une nouvelle drogue anti-épileptique, par G. ANDRÉ-BALISAUX (de Bruxelles) et J. DEVOS (d'Ostende). *Acta neurologica et psychiATRICA Belgica*, octobre 1933.

De ces essais d'un nouveau produit anticonvulsivant, dérivé de la pyrimidine, et appelé mysoline, les auteurs concluent que, seule ou associée au phénurone et aux barbituriques, la mysoline peut aider à la solution de problèmes thérapeutiques paraissant jusque-là insolubles. Sur 15 épileptiques observés à l'Institut Bunge (d'Anvers) et ayant pour la plupart été soumis sans résultat appréciable à divers traitements antiépileptiques, l'administration de mysoline a permis d'obtenir chez 12 d'entre eux une amélioration clinique nette avec, chez 5, diminution des altérations électro-encéphalographiques. Dans les 3 autres cas, fut obtenue une diminution notable de la fréquence des épisodes comitiaux.

R. C.

Comparaison entre la tridione et la malidone dans le traitement du petit mal, par A.-J.-M. BUTTER. (*Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, vol. 15, n° 1, février 1952, p. 37).

Un certain nombre de malades atteints de petit mal furent traités d'abord par la tridione (3,5,5-triméthylloxazolidine-2:4-dione), puis par la malidone (3-allyl-5-méthylloxazolidine-2:4-dione). Les effets thérapeutiques furent à peu près semblables puisque, au cours des deux périodes, on nota 80 % de bons résultats. Au point de vue de l'action toxique des produits, on relève que la tridione produisit de la photophobie dans 80 % des cas, tandis que cette complication ne fut observée chez aucun sujet soumis à la malidone. Les autres manifestations toxiques, entre autres la somnolence, les troubles gastriques, l'ataxie, furent moins accusés avec la malidone qu'avec la tridione.

L. MARCHAND.

A propos du traitement des hémipariés vasculaires de l'adulte et du vieillard, par P. MOUREN. (*Marseille-médical*, 89^e année, 1952, n° 7, p. 338-3.8).

Les traitements classiques des hémipariés banales manquent souvent leur but ou s'appliquent sans assez de nuances à des manifestations d'ordre différent. La lutte contre l'œdème cérébral et l'anoxémie ne doit jamais être perdue de vue, quelle que soit l'étiologie. L'auteur discute les indications respectives suivant la nature des lésions, de la novocaïne intraveineuse, de l'héparine, des anti-hémorragiques. Mais la nécessité de la réhydratation de tels sujets, de même que celle de l'oxygénothérapie, doit commander les gestes thérapeutiques. C'est pourquoi tout ictus devrait être placé dans des conditions de cure permettant d'instituer dès le début et pendant au moins dix jours au traitement énergique (novocaïne, oxygène au masque ou à la tente en inhalations répétées, transfusions, perfusions) impliquant une installation spéciale, d'ordre paradoxalement plus chirurgical que médical.

J. ALLIEZ.

Méningite purulente cloisonnée grave à staphylocoque. Action spectaculaire de la streptokinase-streptodornase, par P. MILIEZ, M. MAYER et Ch. LEVASSEUR. (*Bull. de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 18 janvier 1952).

Observation d'une femme de 22 ans, sans antécédents pathologiques notables, qui, lors d'un deuxième accouchement normal à terme, pratiqué sous anesthésie caudale, fait une thrombophlébite latéro-utérine gauche et une méningite à staphylocoque qui ne tarde pas à se cloisonner. Sous l'influence des antibiotiques, l'infection générale est jugulée, le cloisonnement disparaît grâce à l'emploi de streptokinase-streptodornase.

L. R.

Trois nouveaux adjuvants du traitement des méningites tuberculeuses, par J. PARAF, J. DESBORDES et ROSENBERGH. (*Bull. de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 11 janvier 1952).

Les auteurs attirent l'attention sur trois nouveaux procédés de traitement des méningites tuberculeuses chroniques : 1° injection intra-rachidienne de trois unités d'hyaluronidase en même temps que l'injection de streptomycine ; 2° cures courtes de 5 jours de 50 mgr. d'A.C.T.H. en continuant le traitement antibiotique ; 3° perfusions sous-cutanées de P.A.S. rendues possibles par injection préalable au même lieu, un quart d'heure avant, de trois unités d'hyaluronidase. Résultats intéressants.

L. R.

Bacilles résistant à la streptomycine dans la méningite tuberculeuse, par R. DEBRÉ, H.-E. BRISSAUD et H. NOUFFLARD. (*Bull. de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 9 novembre 1951).

Les auteurs insistent sur la nécessité d'une souche contrôle dans les tests de streptomycino-résistance. Les souches résistantes sont apparues le plus souvent au cours même du traitement : deux fois au début de la méningite, mais après un traitement par la streptomycine d'une autre localisation tuberculeuse. Toutefois, dans quatre observations sans traitement antérieur, l'enfant avait été contaminé par des bacilles déjà résistants. L'évolution clinique permet de suspecter cette résistance des germes avant la confirmation de l'examen de laboratoire et, en pareil cas, l'adjonction de P.A.S. par voie intrarachidienne est à conseiller.

L. R.

Les méningites tuberculeuses chez les enfants déjà traités par la streptomycine pour une primo-infection, par P. BURTIN. (*Le bulletin médical*, 1^{er}-15 août 1953).

L'auteur a observé 20 cas de méningite tuberculeuse survenus chez des enfants déjà traités par la streptomycine pour primo-infection. Leur existence montre les risques d'un traitement insuffisant, discontinu, mal surveillé et qui peut donner une fausse sécurité. Si l'on décide de traiter une primo-infection, il est tout d'abord nécessaire de s'assurer qu'elle n'est pas compli-

quée d'une localisation méningée ; la ponction lombaire, nécessaire chez le nourrisson, s'impose au moindre signe suspect chez l'enfant plus âgé. Un traitement prolongé, avec associations médicamenteuses (isoniazide), aura le maximum de chances d'éviter une dissémination, par une activité ainsi augmentée, et un risque de streptomycino-résistance atténué.

R. C.

Contribution à l'étude du traitement de la méningo-encéphalite tuberculeuse de l'enfant, par P. DENYS et Y. THÉRASSE (de Louvain). *Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique*, tome XVIII, 1953, n° 4.

Analyse de 82 cas de méningite tuberculeuse de l'enfant, soumis à des injections intrarachidiennes et intramusculaires de streptomycine, associées ou non, à l'administration de P.A.S., et même de tuberculine, avec 60 guérisons (73 %) constatées 2 et 3 ans après le traitement. Les auteurs soulignent la nécessité d'un diagnostic précoce et d'un traitement immédiat dans un service spécialisé. Les poussées de pléocytose rachidienne en cours de traitement leur paraissent sans signification pour le pronostic, tandis que l'hyperalbuminorachie se constate souvent dans des cas à évolution défavorable. Chez le très jeune enfant (le très jeune âge assombrissant le pronostic), ou quand l'affection ne cède pas aux méthodes habituelles de traitement, les auteurs sont d'avis de recourir systématiquement à l'administration haute de streptomycine.

R. C.

La réadaptation sociale de l'enfant guéri de méningite tuberculeuse, par Marcel GRAFFAR, professeur à l'Université libre de Bruxelles. (*Archives belges de médecine sociale, hygiène, médecine du travail et médecine légale*, juin, 1953).

L'avènement de la streptomycine ayant transformé le pronostic immédiat de la méningite tuberculeuse, des problèmes subsistent qui ont trait aux altérations multiples et plus ou moins durables (séquelles neurologiques, effets toxiques de streptomycinothérapie, retentissements psychologiques d'un long traitement, hospitalisation prolongée, etc...) que la méningite ou son traitement peuvent laisser. L'auteur envisage successivement les troubles somatiques (surtout vestibulaires), les modifications électro-encéphalographiques, les troubles psychologiques (du développement intellectuel, du comportement, difficultés de la réadaptation sociale, familiale et scolaire, retard pédagogique). Le traitement des enfants « doit généralement s'accompagner d'un traitement des parents, et particulièrement des mères ». Un service éducatif et récréatif, organisé pendant la période de traitement hospitalier, a donné d'heureux résultats.

R. C.

Principes généraux de rééducation dans les affections nerveuses, par Guy NOEL (de Bruxelles). *Archives belges de médecine sociale, hygiène, médecine du travail et médecine légale*, avril 1953.

L'auteur insiste en particulier sur l'importance de la mobilisation active (activation maximale) dont il donne quelques exemples mettant en jeu les

réflexes segmentaires, les réflexes pluri-segmentaires et les réflexes supra-segmentaires, mais aussi sur l'importance d'éviter les effets néfastes des mouvements incorrects et sur la nécessité de l'apprentissage de nouveaux schémas moteurs. Il conclut que si le pronostic des maladies nerveuses a, de tout temps, été considéré comme particulièrement sombre, les nouvelles méthodes de rééducation ou de réadaptation en ont notablement amélioré les conséquences sociales.

R. C.

A propos de la réadaptation sociale des malades. Schéma de l'utilisation du travail en fonction des niveaux de sociabilité, par Philippe KÆCHLIN. (*L'encéphale*, 1952, n° 2).

Rappelant que déjà Pinel insistait sur l'efficacité thérapeutique du travail dans les maladies mentales, l'auteur, tout en rappelant que le problème posé est plus encore un problème de réadaptation sociale, s'attache à préciser les applications du travail thérapeutique en fonction du malade lui-même. Modalités différentes suivant le niveau de dissolution, le comportement et la désadaptation sociale du malade traité. Au niveau le plus bas, ce n'est qu'après un stade de « travail-accrochage » que pourront être tentés, d'abord un élargissement progressif des possibilités d'action et, en dernier lieu seulement, un travail spécialisé réellement productif. L'auteur en étudie les conditions et l'organisation matérielle.

R. C.

Sur les trépanations craniennes dans l'ancien Pérou (Sobre las trépanaciones craneanas en el antiguo Peru), par J. O. TRELLES et Enrique FERNANDEZ. (*Revista de neuropsiquitria*, Lima, t. 13, n° 3, septembre 1950).

L'étude des trépanations craniennes dans le Pérou pré-colombien se réduit aux crânes trépanés. On ignore si l'on utilisait une substance anesthésique. Peut-être employait-on des boissons alcoolisées. L'appareillage devait comprendre des couteaux d'obsidienne donnant une ouverture par grattage et des poinçons métalliques permettent une trépanation par de petits orifices en chapelet. Après se faisait la régularisation des bords. Les indications thérapeutiques pouvaient être : fractures de la voûte, ostéites, lésions osseuses spécifiques (syphilitiques ou tuberculeuses), métastases, convulsions épileptiques. L'article très documenté, illustré de 20 photographies et gravures, se termine par une abondante bibliographie.

V.-J. DURAND.

Indications et techniques opératoires dans l'hydrocéphalie ventriculaire bloquée, par Michel FELD. (*Bull. de la Société médico-chirurgicale des hôpitaux libres*, séance du 5 novembre 1951).

Laissant de côté les hydrocéphalies communicantes vraies, M. Michel Feld oppose les blocages intra- et extra-ventriculaires et indique les caractéristiques de chaque variété. L'identification du type d'hydrocéphalie et le diagnostic topographique de l'obstacle sont la conclusion des examens paracliniques : épreuve colorée et techniques variées de radiologie contrastée.

Le choix de l'intervention est conditionné par ces résultats. Les mêmes techniques opératoires conviennent aussi bien aux hydrocéphalies tumorales qu'aux blocages non tumoraux. Toutefois, cette dernière catégorie pose au préalable la question d'opérabilité, qui est basée sur l'absence de contre-indications grossières. Les diverses techniques opératoires sont passées en revue, dans les blocages extra-ventriculaires d'abord, puis dans les blocages intraventriculaires, et les critères du choix d'une technique adéquate sont mis en valeur.

L. R.

L'hexaméthonium en neuro-chirurgie, par D. PETIT-DUTAILLIS. (*Bull. de l'Académie de chirurgie*, séance du 19 mars 1952).

L'auteur apporte l'expérience, de 70 cas de neuro-chirurgie opérés sous hypotension contrôlée. La méthode offre des possibilités nouvelles notamment en ce qui concerne les méningiomes et les tumeurs vasculaires. L'auteur cite quelques exemples frappants dont la cure chirurgicale eût été autrefois impossible.

L'hypotension contrôlée détermine une diminution de l'hémorragie capillaire, un raccourcissement et une simplification de l'opération, une action favorable sur l'œdème cérébral, et détermine des suites opératoires infiniment plus simples. Sur ces 70 cas, pourtant sélectionnés pour leur gravité, l'auteur n'a enregistré que neuf morts opératoires, dont aucune ne peut être imputable à la méthode.

L. R.

CRIMINOLOGIE

La protection de l'enfance délinquante au Congo belge, par Ed. WAUTERS, Directeur général honoraire au ministère de la Justice, président de la Commission royale des patronages, ancien juge des enfants à Bruxelles. (*Revue de droit pénal et de criminologie*, Bruxelles, décembre 1953, p. 250 à 262).

Un décret du 6 décembre 1950 établit, au Congo belge, la protection de l'enfance délinquante. Ce décret, — applicable à tous les mineurs sans distinction de race, — s'inspire largement de la loi belge du 15 mai 1912 (loi Carton de Wiart). Il adopte même, par endroits, des réformes qui sont, en ce moment, soumises au parlement de la métropole sans être encore consacrées par lui.

L'auteur met en relief les difficultés d'application que rencontre le décret : pas de magistrats spécialisés, fort peu d'établissements de rééducation, peu ou point de délégués à la protection de l'enfance. Il évoque aussi l'existence de certaines coutumes qui s'accordent difficilement avec les dispositions du code pénal mais qu'on tolère pour des raisons d'ordre politique.

Il approuve l'intention des autorités coloniales de procéder graduellement à l'application du décret en accordant la priorité à quelques vastes agglomérations.

L. R.

La boxe et la défense sociale, par Théo COLLIGNON. (*Revue de droit pénal et de criminologie*, Bruxelles, novembre 1953).

Une proposition de loi présentée à la Chambre des députés du Royaume de Belgique, et dont le texte adopté par la commission vise à l'interdiction des combats de boxe et des matches de catch, prévoit des peines d'amende et d'emprisonnement pour les organisateurs de ces exhibitions, les combattants et les arbitres, peines doublées en cas de blessure de l'un des combattants, triplées en cas de mort à la suite des coups reçus.

Limitant à la boxe professionnelle l'examen de ces dispositions, M. Théo Collignon, après avoir distingué les sportifs purs et les boxeurs professionnels, conclut que le boxeur professionnel et salarié fait (directement ou par intermédiaire) avec son adversaire un « pacte lucratif d'agression » régi par des règles écrites et dont le caractère volontaire est accusé par une longue préparation, véritable préméditation scientifique. Après avoir discuté les éléments et la valeur du consentement du combattant, consentement qui ne saurait s'opposer à la loi, l'auteur montre que déjà, quelle que soit leur loyauté, les boxeurs professionnels tombent sous le coup du code pénal. Il rappelle la jurisprudence de la Cour de cassation de France appliquant au duel d'après ses conséquences les règles du code pénal. Il en est de même de la jurisprudence belge, qui constate que « les coups capables de provoquer des blessures, des lésions, des fractures, ne constituent plus une leçon, un exercice, un combat sportif ». M. Théo Collignon souligne que cette définition aussi juridique qu'humaine de la Cour de Gand peut être considérée comme la véritable interprétation du mot « sport ». « La boxe professionnelle perd toute qualité sportive à partir du moment où le but principal n'est que la conquête de l'or. » Si la pratique des sports peut toujours amener des accidents, le sportif, lui, prend ses risques pour lui seul.

L'auteur rappelle que si la mort sur le ring est un phénomène exceptionnel, il n'en est pas de même de la « mort à distance », ni de « la déchéance intellectuelle (de tous les degrés jusqu'à la folie) qui atteint tant de boxeurs » (cranio-encéphalopathie traumatique des boxeurs décrite par La Cava, médecin de la fédération italienne de boxe). Il énumère les troubles neuropsychiques qui en sont la conséquence (commotion cérébrale, vertiges, céphalées, éblouissements, asthénie chronique, déséquilibre émotif, troubles de l'humeur, modifications du caractère, bradypsychie, séquelles post-confusionnelles, etc.) et les exemples publiés en 1938 par le Dr Maurice Boigny (Masseton édit.). Il s'élève contre la tendance ancrée dans le public de méconnaître les dangers de ces combats. Il ne faut pas confondre la « boxe sport » et la « boxe rapport ».

Après avoir montré les résultats de la législation sur le duel et de la loi sur les combats d'animaux, M. Théo Collignon rappelle que la prophylaxie générale de la défense sociale est basée sur le renforcement de la moralité individuelle et collective. Il souhaite que le projet actuel, davantage prophylactique que répressif, par son caractère de modération, devienne loi. « C'est une grande question que celle qui intéresse l'intégrité physique de l'homme. » Et, ajoute-t-il, la prophylaxie criminelle spéciale est liée dans son application à toutes les causes individuelles et à l'ambiance qui prédispose l'individu aux actes antisociaux.

René CHARPENTIER.

VARIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séances

L'Assemblée générale et la séance ordinaire du mois de DÉCEMBRE de la Société médico-psychologique auront lieu le *lundi 21 décembre 1953*, à 10 heures très précises, à l'amphithéâtre de la Clinique de la Faculté, Centre psychiatrique Sainte-Anne, 1, rue Cabanis, à Paris (XIV^e arrondissement).

La *séance supplémentaire* du mois de JANVIER de la Société médico-psychologique, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *lundi 11 janvier 1954*, à 10 heures très précises, à l'hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, à Paris (XIV^e arrondissement), dans l'amphithéâtre du pavillon Magnan.

La *seance ordinaire* du mois de janvier de la Société médico-psychologique aura lieu le *lundi 25 janvier 1954*, à 15 heures 30 très précises, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI^e arrondissement).

La *séance supplémentaire* du mois de FÉVRIER de la Société médico-psychologique, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *lundi 8 février 1954*, à 10 heures très précises, à l'hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, à Paris (XIV^e arrondissement), dans l'amphithéâtre du pavillon Magnan.

La *séance ordinaire* du mois de février de la Société médico-psychologique aura lieu le *lundi 22 février 1954*, à 15 heures 30 très précises, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI^e arrondissement).

Nécrologie

M. le D^r A. FILLASSIER, docteur en médecine et docteur en droit, médecin-directeur de la maison de santé du Château-de-Suresnes, officier de la Légion d'honneur, membre honoraire et ancien président de la Société médico-psychologique.

HÔPITAUX PSYCHIATRIQUES

Nominations

Mme le D^r Maud BOUQUEREL est nommée médecin-chef de service à l'hôpital psychiatrique autonome de Bailleul (Nord) ;

M. le D^r Jacques BRETON est nommé médecin-chef du quartier psychiatrique de l'hôpital-hospice de Pontorson (Manche) ;

M. le D^r Frantz FANON est mis à la disposition du gouverneur général de l'Algérie en vue d'être affecté à un hôpital psychiatrique d'Algérie ;

Mlle le D^r Josette LALLEMAND est nommée médecin-chef au quartier psychiatrique des hospices d'Aurillac (Cantal) ;

M. OULÈS, médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Vauclaire (Dordogne), est nommé médecin-chef du quartier psychiatrique des hospices de Montauban (Tarn-et-Garonne) ;

M. le D^r Fernand PERRENS est mis à la disposition du préfet des Ardennes, en vue d'assurer les fonctions de psychiatre départemental ;

Mlle le D^r Jeannine RANSON est nommée médecin-chef de service à l'hôpital psychiatrique de Lannemezan (Hautes-Pyrénées) ;

M. le D^r Pierre SCHMIDT est nommé médecin-chef au quartier psychiatrique de l'hôpital-hospice de Pontorson (Manche) ;

Mlle le D^r VERDEAU est nommée médecin-chef à l'hôpital psychiatrique privé faisant fonction d'hôpital psychiatrique public de Limoux (Aude).

Vacance d'un poste de médecin attaché de phtisiologie à l'hôpital psychiatrique de Maison-Blanche, à Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise).

Un poste de médecin attaché de phtisiologie est actuellement vacant. S'adresser à M. le directeur de l'hôpital psychiatrique de Maison-Blanche, à Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise).

Les candidatures, accompagnées d'une liste des titres médicaux, devront être adressées avant le 15 décembre 1953 à la préfecture de la Seine, direction des affaires sociales, 9, place de l'Hôtel-de-Ville (bureau 209).

Concours pour le recrutement d'internes en médecine des hôpitaux psychiatriques (Region de Marseille).

Concours : pour le recrutement de 4 internes des hôpitaux psychiatriques : trois postes à l'hôpital psychiatrique d'Aix-en-Provence (Bouches-du-Rhône) et un poste à l'hôpital psychiatrique de Pierrefeu (Var) : ouvert à Marseille le 8 février 1954.

S'inscrire avant le 16 janvier 1954 à la direction départementale de la santé des Bouches-du-Rhône, 66, rue Saint-Sébastien, Marseille.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Prix de l'Académie des Sciences attribués en 1953

Parmi les prix attribués en 1953 par l'Académie des sciences, nous relevons :

Prix Montyon (médecine et chirurgie). — Deux prix de 15.000 francs sont décernés, dont l'un à M. le D^r J. TAPTAS (d'Istanbul), pour son ouvrage intitulé : *Maux de tête et névralgies, douleurs cranio-faciales*.

Prix Bariot-Faynot (10.000 francs). — Au regretté D^r P. DESCLAUX, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, pour son ouvrage intitulé : *Réponses endocrinienne et nerveuses à des agressions expérimentales*.

Le Rédacteur en chef-Gérant : René CHARPENTIER.

MASSON et C^{ie} Editeurs, Paris

Dépôt légal : 1953 (3^e trimestre). — Numéro d'ordre : 1.706

Cahors, Imp. A. COUESLANT (*personnel intéressé*). — 85.391. — 1953

C.O.A.L. 31.2330.

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

REVUE PSYCHIATRIQUE
BULLETIN OFFICIEL DE LA
SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

FONDATEUR.

J. BAILLARGER

RÉDACTEUR EN CHEF :

RENÉ CHARPENTIER

111^e Année - T. 2 - N^o 1

Juin 1953

MASSON & C^{ie}, ÉDITEURS
LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS

PUBLICATION PÉRIODIQUE
PARAISANT 10 FOIS PAR AN

ANNALES MEDICO-PSYCHOLOGIQUES

ANCIENS REDACTEURS EN CHEF (1843-1930)

BAILLARGER, CERISE, LONGET,
BRIERRE DE BOISMONT, MOREAU (de Tours).
LUNIER, FOVILLE, RITTI, Henri COLIN

RÉDACTEUR EN CHEF : René CHARPENTIER

COMITÉ DE RÉDACTION

MM. X. et P. ABÉLY, H. BARUK, H. BEAUDOUIN, P. BEAUSSART,
P. COMBEMALE, P. COSSA, P. COURBON, J. DELAY, P. DELMAS-MARSALET,
G. DEMAY, J. DUBLINEAU, J. EUZIÈRE, H. EY, A. FRIBOURG-BLANC,
G. GUIRAUD, J. HAMEL, G. HEUYER, D. LAGACHE, M. LAIGNEL-
LAVASTINE, J. LAUZIER, J. LÉPINE, J. LHERMITTE, L. MARCHAND,
L. MICHAUX, E. MINKOWSKI, P. NAYRAC, F. PACTET, N. PERON, H. PIÉRON,
A. POROT, G. RAVIART, M. RISER, Th. SIMON, G. VERNET, H. WALLON.

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL (1953)

(L'abonnement part du 1^{er} janvier)

France et Union Française.....	3.900 frs
Belgique et Luxembourg.....	650 frs belges
Autres pays.....	\$ U.S.A. 13

(Ces prix sont également payables au cours des règlements commerciaux,
le jour du paiement).

Changement d'adresse : 50 fr.

COLLECTIONS DISPONIBLES. CONDITIONS SUR DEMANDE

Années 1843 à 1952

Les années 1844, 1846 et 1847 sont épuisées.

Les années 1843, 1848, 1854, 1860 et 1874 sont rares et ne peuvent être acquises
qu'avec la collection.

L'année mixte 1914-1915 forme 2 volumes. L'année 1916 et l'année 1917 formant
chacune un volume sont réunies pour la vente en une année mixte.

Tables

Table générale et alphabétique, Tome I (1843 à 1866). 1 vol.

Table générale et alphabétique, Tome II (1867 à 1878). 1 vol.

Table générale et alphabétique, Tome III (1879 à 1930). 1 vol.

Table générale et alphabétique, Tome IV (1931 à 1950). 1 vol.

Chacun de ces 4 volumes contient une table alphabétique par noms d'auteurs
et une table analytique des matières.

Cinquantenaire de la Société médico-psychologique, 1902, 1 vol.

Centenaire des Annales médico-psychologiques, 1943, 1 vol.

Centenaire de la Société médico-psychologique, 1952, 1 vol.

Les Annales médico-psychologiques forment chaque année 2 volumes in-8°

.....
(Les manuscrits non insérés ne sont pas rendus)

Adresser tout ce qui concerne la Rédaction au D^r René CHARPENTIER,
27, Avenue de la Costa, Monte-Carlo.

MASSON ET C^{IE}, ÉDITEURS
LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

Table générale et alphabétique

VIENT DE PARAÎTRE :

TOME IV
(1931 à 1950)

Un volume de 858 pages..... 5.000 fr.

PRÉCÉDEMMENT PARUS :

Table générale et alphabétique, Tome I (1843 à 1866), 1 vol.
Table générale et alphabétique, Tome II (1867 à 1878), 1 vol.
Table générale et alphabétique, Tome III (1879 à 1930), 1 vol.

Ces 4 volumes, contenant chacun une « table alphabétique par noms d'auteurs » et une « table analytique des matières » constituent l'unique répertoire bibliographique des travaux neuro-psychiatriques publiés depuis 1843.

COLLECTIONS DU

Bulletin de la Société Clinique de Médecine Mentale
depuis sa fondation en 1908

17 volumes brochés avec nombreuses figures dans le texte et planches hors texte
(Tomes I à XV et XVIII). Années 1908 à 1928 et 1930. Le tome XVII (1929) est épuisé

Médecine mentale de guerre. N° spécial, décembre 1917

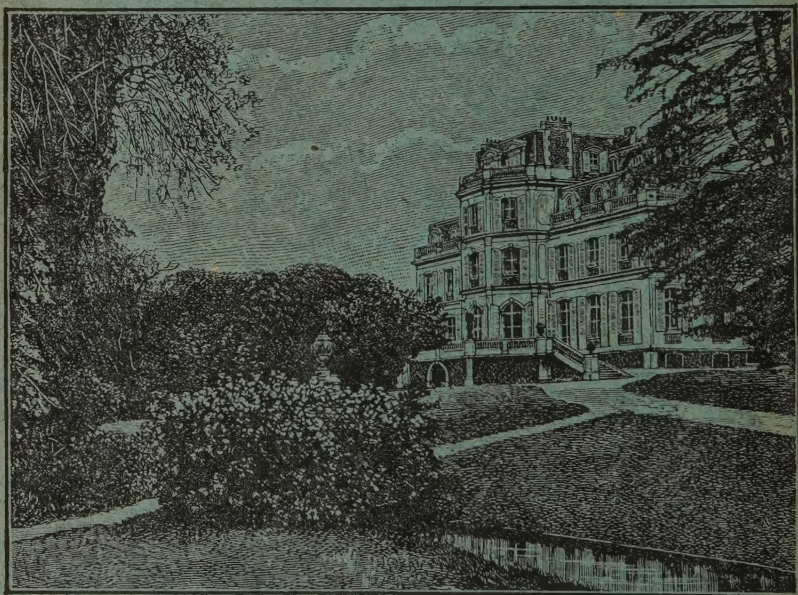
Conditions sur demande

CLINIQUE MEDICALE
DU
CHATEAU DE GARCHES

2, Grande-Rue, GARCHES (S.-&O.)

Téléph. : MOLITOR 55-55

Docteur GARAND, Ancien Chef de Clinique à la Faculté de Paris



Thérapeutiques des affections nerveuses

Electro-choc - Insuline, etc. - Narco-analyse - Psychothérapie

Traitements de l'Alcoolisme

CONVALESCENCES - RÉGIMES

MÉDECINE GÉNÉRALE

INSTALLATIONS TECHNIQUES MODERNES
GRAND CONFORT - BEAU PARC DE SIX HECTARES

Published in France.

